

**Hacienda Pública Española (en prensa)**

**LOS MECANISMOS DE COPAGO EN SERVICIOS  
SANITARIOS: CUANDO, CÓMO Y PORQUÉ**

2001-02-19

**Jaume Puig Junoy**

Departament d'Economia i Empresa

Universitat Pompeu Fabra

C/ Trias Fargas 25-27, 08005 Barcelona

E-mail: [jaume.puig@econ.upf.es](mailto:jaume.puig@econ.upf.es)

**Resumen**

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una revisión de los principales criterios y conclusiones aportados por la teoría económica y la economía aplicada sobre la aplicación de mecanismos de copago en la financiación de los servicios sanitarios. Con esta finalidad se analizan tres objetivos específicos. En primer lugar, ¿qué mejoras de eficiencia se pueden esperar de la introducción de copagos y en qué condiciones se pueden obtener?. En segundo lugar, ¿cuales son los efectos de la aplicación de copagos en la atención sanitaria sobre la financiación, la utilización y la equidad?. Y, en tercer lugar, ¿qué se desprende de la amplia aplicación de copagos sobre el precio de los medicamentos en el sistema comparado?

**Palabras clave:** copago, riesgo moral, servicios sanitarios, medicamentos.

**Abstract**

The object of this paper is to present the main conclusions and recommendations from economic theory and applied economics in order to guide the introduction of copayments in health services. Specific objectives are designed to answer to three questions. First, what is the magnitude of expected efficiency improvement and what are the conditions under which it can be obtained?. Second, what are the effects of introducing copayments on financing, utilisation and equity of health services?. And third, what we know about the widespread use of copayments on pharmaceutical products in the international context?

**Key words :** copayment, moral hazard, health services, drugs.

## 1. Introducción

La coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos (copagos, precios o tiquets moderadores) trata de relacionar directamente, a diferencia de los impuestos generales, los pagos realizados con el beneficio por la utilización del servicio en cuestión. Los mecanismos de copago implican la introducción del principio del beneficio en la financiación pública: quien paga (aunque sólo sea una parte del coste total del servicio) es quien se beneficia del producto del servicio y no quien paga impuestos. Los precios, tasas y los tiquets moderadores representan pagos voluntarios por el uso de servicios públicos que tratan de repercutir al usuario una parte o la totalidad del coste del servicio. Los copagos son voluntarios en el sentido de que dependen de la utilización de los servicios que decida hacer el usuario, aunque son condición necesaria para acceder al servicio en cuestión (por ejemplo, a un aparcamiento o a una autopista): a diferencia de los impuestos generales, sin utilización no hay pago. Si el pago es independiente del hecho de si el individuo utiliza o desea el servicio, entonces no se trata propiamente de un mecanismo de copago, sino más bien de un ingreso fiscal afectado.

La función del principio del beneficio a través de los copagos es, entre otras, la de suplir la ausencia de señales de coste de oportunidad (mecanismo de mercado) para los agentes económicos que caracteriza la producción y utilización de servicios públicos no destinados a la venta. En la provisión de servicios públicos en los que se prescinde de señales de precios (precio monetario nulo o casi cero en el acceso e utilización de los servicios) se puede producir un exceso de consumo respecto del que sería deseable teniendo en cuenta los costes y beneficios sociales. La ausencia de coste de oportunidad al no existir precio en el momento de la utilización, lo cual equivale a una cobertura aseguradora casi completa, puede llevar así a un nivel de consumo superior al que se produciría si los usuarios tuvieran que tener en cuenta el coste social de sus decisiones de consumo.

Los mecanismos de copago como señales de precios en los servicios públicos, y atendiendo a las funciones generales de los precios, cumplen tres finalidades básicas. En primer lugar, los copagos pueden cumplir con la función de racionar el consumo de determinados bienes y servicios públicos cuya oferta sea escasa o insuficiente para atender la demanda de los consumidores. En segundo lugar, los copagos pueden proporcionar información sobre las preferencias individuales y la valoración de los usuarios acerca de los servicios públicos. Y, en tercer lugar, los copagos representan un instrumento de financiación adicional de los servicios públicos.

Un mecanismo de copago diseñado de forma adecuada tiene varias ventajas que indican que puede contribuir a la mejora potencial de la eficiencia. Los copagos establecen, tal como ya se ha indicado, una relación directa entre el coste y los servicios obtenidos (al menos sirven para obligar a los individuos a comparar costes con beneficios) y, por lo tanto, pueden incentivar la revelación de preferencias que facilita la provisión óptima de bienes y servicios. Los copagos mejoran la responsabilidad en la medida en la que aumenta la visibilidad y la transparencia sobre el coste de los servicios públicos. Además, los copagos reducen la necesidad de imponer o aumentar otros impuestos que producen mayores distorsiones en la economía.

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una revisión de los principales criterios aportados por la teoría económica y la economía aplicada sobre la aplicación de mecanismos de copago en la financiación de los servicios sanitarios. Con esta finalidad se analizan tres objetivos específicos. En primer lugar, ¿qué mejoras de eficiencia se pueden esperar de la introducción de copagos y en qué condiciones se pueden obtener?. En segundo lugar, ¿cuales son los efectos de la aplicación de copagos en la atención sanitaria sobre la financiación, la utilización y la equidad?. Y, en tercer lugar, ¿qué se desprende de la amplia aplicación de copagos sobre el precio de los medicamentos en el sistema comparado?

## 2. Copagos y eficiencia

La utilización adecuada de los mecanismos de copago como alternativa a los impuestos generales puede mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos del sector público y reducir la presión fiscal sobre los contribuyentes. Algunos de los casos más relevantes en los que la teoría económica permite identificar estas posibilidades de mejora de la eficiencia se encuentran en el consumo excesivo asociado al riesgo moral cuando existe una cobertura aseguradora (la financiación de servicios y prestaciones públicos con precio nulo en el momento de acceso y utilización representa una cobertura aseguradora completa).

El riesgo moral se refiere a las situaciones en las que la existencia de cobertura aseguradora de un riesgo aumenta la probabilidad de incurrir en gastos por los riesgos cubiertos y/o en la cantidad de estos gastos. En el caso de los servicios sanitarios, la existencia de riesgo moral supone que los individuos utilizan más los servicios cuando disponen de seguro que cuando carecen de él. En el conocido trabajo de Pauly (1968) sobre el riesgo moral en la sanidad, el autor muestra que este hecho es resultado del comportamiento racional de individuo: puesto que el coste de una unidad adicional de servicio es compartido por todos los individuos que financian el seguro (sea en forma de primas o de impuestos generales), entonces es fácil predecir que el individuo frecuentará más los servicios que si tuviera que pagar el coste completo de la atención.

Supongamos una población de 100.000 personas con preferencias y características demográficas idénticas. El nivel de renta para todos los individuos es de 6 millones de pesetas anuales antes de pagar impuestos. La probabilidad de que un individuo se encuentre gravemente enfermo durante el año es de  $1/20$ , lo cual indica que 1 de cada 20 de los 100.000 individuos enfermará. La probabilidad de enfermar depende de las características del individuo y del entorno, pero no puede verse afectada por disponer o no de cobertura aseguradora. Cuando los individuos no disponen de seguro, si enferman cada uno utiliza 10 unidades de un único tipo disponible de servicio sanitario. Cada unidad tiene un coste marginal de 150.000 pesetas, por lo que cada individuo va a soportar un coste de 1.500.000 pesetas en concepto de atención sanitaria. El coste medio esperado por cada individuo de la población general será de 75.000 pesetas ( $0,95 * 0 \text{ ptas.} + 0,05 * 10 \text{ unidades.} * 150.000 \text{ ptas.}$ ). De esta forma, en el caso de estar enfermos los individuos tienen una renta disponible para gastar en otros bienes de 4.500.000 millones de pesetas, suponiendo que no existen impuestos de ningún tipo.

Ahora supongamos que se instaura un sistema de seguro público de asistencia sanitaria que tiene carácter universal, el cual se financia con impuestos generales recaudados de

forma equitativa, de forma que ahora el precio por utilizar los servicios sanitarios es nulo. Puesto que ahora el coste de utilización de los servicios se ha reducido hasta un precio igual a cero, los individuos enfermos van a utilizar 20 unidades de servicios en esta situación. Los individuos sanos continúan sin utilizar los servicios sanitarios. El coste ocasionado por la atención sanitaria de cada individuo que enferma será de 3.000.000 pesetas. Por otro lado, el coste medio esperado por cada individuo de la población general será de 150.000 pesetas ( $0,95 * 0 \text{ ptas.} + 0,05 * 20 \text{ unidades.} * 150.000 \text{ ptas.}$ ).

La recaudación por impuestos generales para financiar el sistema sanitario público sin incurrir en déficit deberá ser de 15.000 millones de pesetas. Esta recaudación se obtiene a partir de un impuesto capitativo único de 150.000 pesetas por persona.

Con el seguro público, cada individuo dispone de una renta para gastar en otros bienes, tanto los sanos como los enfermos, de 5.850.000 pesetas. Esta situación implica que se produce una redistribución de renta de los individuos sanos a los enfermos, de forma que cada enfermo recibe servicios por el valor equivalente a una subvención de 2.850.000 pesetas (el impuesto de 150.000 pesetas pagado por 19 individuos sanos de cada 20 en una población de 100.000 personas).

El argumento de Pauly (1968) es que los individuos estarán mejor sin seguro, y soportando un gasto anual de 75.000 pesetas, que con un seguro público y teniendo que pagar impuestos por valor de 150.000 pesetas. Este aumento de coste es el resultado del riesgo moral. Aunque con seguro público los individuos realicen un mayor consumo, las unidades adicionales de servicios consumidas en este caso puede tener un valor que no compensa los costes de los mismos. Es decir, la introducción del seguro puede suponer una pérdida de bienestar. El coste marginal de los servicios es el mismo con o sin seguro (150.000 pesetas). Así pues, el coste incremental que suponen las 10 unidades adicionales de servicios utilizados cuando existe un seguro suponen un coste para la sociedad de 7.500 millones de pesetas ( $5.000 \text{ individuos enfermos} * 10 \text{ unidades} * 150.000 \text{ pesetas}$ ). El valor de los beneficios que supone para los individuos enfermos el consumo adicional de estas 10 unidades es inferior si la demanda de servicios es creciente a medida que disminuye el precio. La primera de estas 10 unidades recibe una valoración marginal por parte de los individuos enfermos que es inferior a su coste marginal (150.000 pesetas), puesto que de otro modo la utilización sin seguro habría superado las 10 unidades. Mientras que la última de estas unidades consumidas recibe una valoración del individuo enfermo que se aproxima a cero. Este ejemplo ilustra el problema de la pérdida de bienestar del seguro. Las implicaciones políticas de este argumento son muy importantes: una reducción de la cobertura aseguradora mediante, por ejemplo, un sistema adecuado de copagos puede contribuir a reducir la pérdida de bienestar asociada al consumo excesivo.

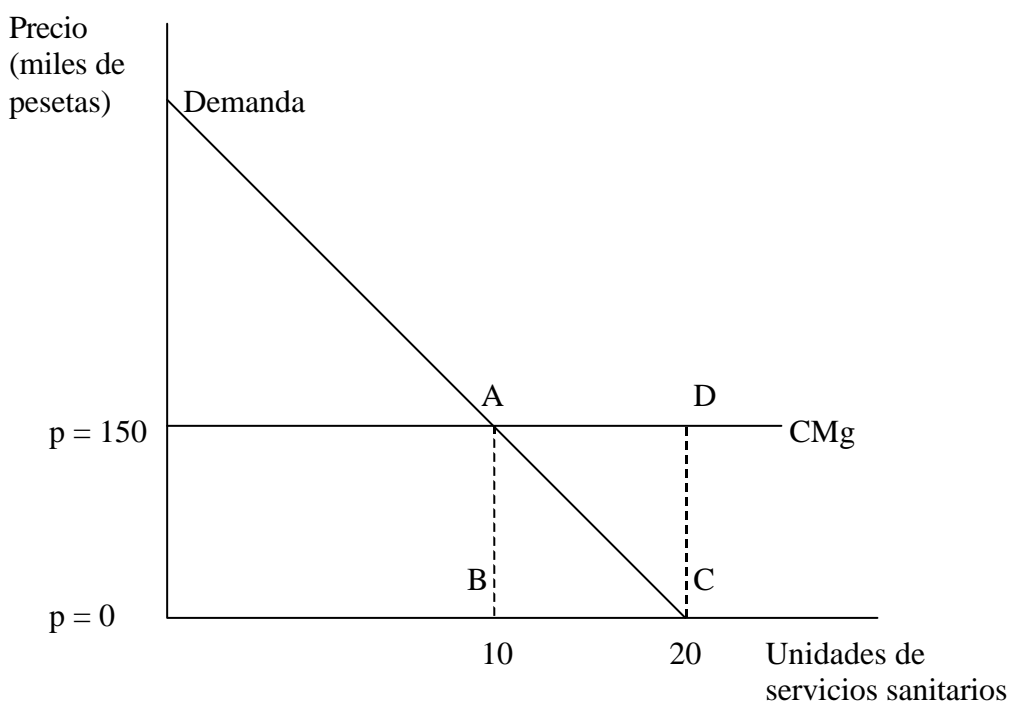
El argumento de la pérdida de bienestar se basa en la hipótesis de que la curva de demanda es una expresión de la utilidad marginal de cada unidad adicional del servicio. Es decir, la validez del argumento requiere dar por supuesto que los consumidores son quienes deciden el acceso al servicio y el nivel de utilización, así como que ellos conocen perfectamente la efectividad de los servicios que pueden frecuentar y la utilidad que los mismos les reportan (información perfecta y simétrica). Rice (1998) señala que el argumento de la pérdida de bienestar requiere el cumplimiento de tres hipótesis: el consumidor debe actuar de forma racional, debe tener suficiente

información para realizar la elección adecuada, y debe conocer los resultados de las decisiones de consumo.

La introducción de un cierto nivel de copago, siempre inferior o igual como máximo al coste marginal del servicio (lo cual, en presencia de costes fijos importantes no asegura ni mucho menos la recuperación total de costes), podría contribuir a reducir la magnitud de la pérdida de bienestar. No obstante, nótese como en los términos del argumento de Pauly, la pérdida de bienestar desaparece precisamente cuando se elimina completamente el seguro, es decir cuando el precio se iguala al coste marginal. Ello equivaldría a ignorar las ventajas y las ganancias de eficiencia que puede suponer la existencia de cobertura aseguradora pública frente a determinados riesgos.

El valor monetario de la pérdida de bienestar asociada al seguro sanitario ha sido estimado por diversos trabajos empíricos (Feldstein, 1973; Feldstein y Friedman, 1977; Feldman y Dowd, 1991; Manning y Marquis, 1996) a partir de la elasticidad precio de la demanda de atención sanitaria. Feldman y Dowd (1991) han estimado una pérdida de bienestar que se sitúa entre el 9 y el 28% del gasto sanitario en Estados Unidos en 1984. Siguiendo el ejemplo anterior, la demanda de servicios sanitarios se puede representar en el Gráfico 1. La demanda del individuo cuando está enfermo es de 10 unidades de servicios cuando el precio es de 150.000 pesetas (punto A), y la demanda es de 20 unidades cuando el precio se reduce hasta cero (punto C). Cuando se introduce el seguro público, la valoración del beneficio que supone el aumento de consumo equivale al área ABC. No obstante, el coste de producción para la sociedad de los 10 servicios adicionales es el que corresponde al rectángulo ABCD. El resultado es que el área ACD representa la estimación de la pérdida de bienestar asociada al seguro sanitario.

Gráfico 1. La pérdida de bienestar del seguro sanitario.

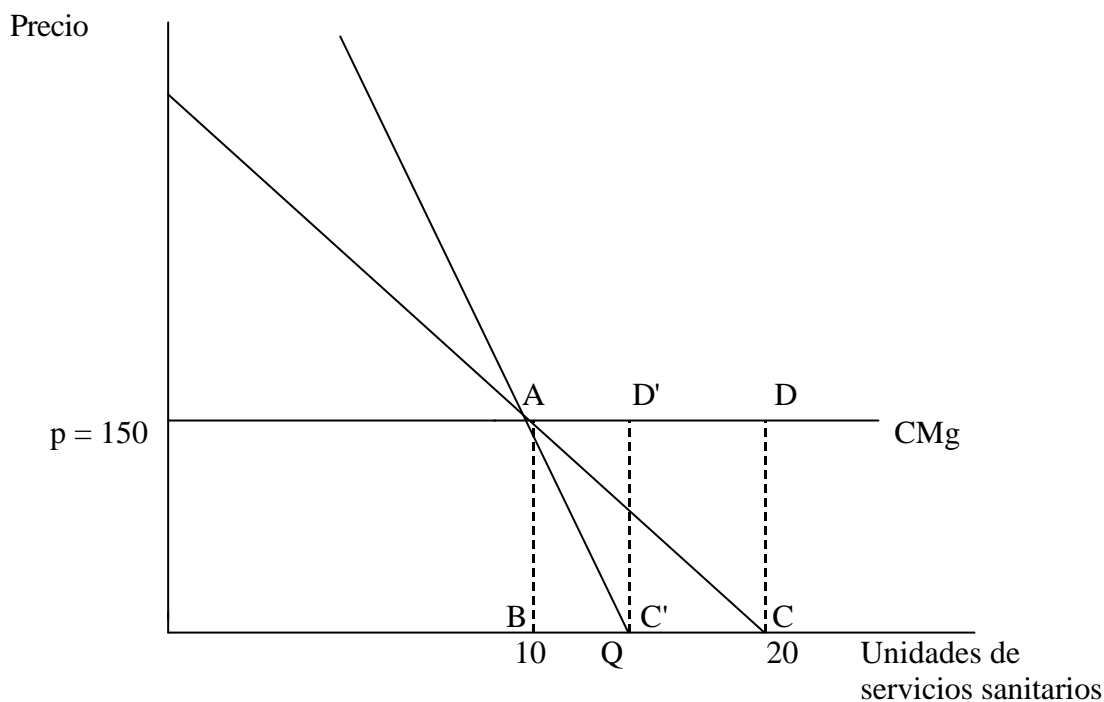


La importancia del argumento de la pérdida de bienestar derivada de la ausencia de precios (seguro completo) como justificación de la imposición de copagos depende al menos de dos cuestiones empíricas: (i) la magnitud de la pérdida de bienestar en cada uno de los mercados de servicios en los que se ha introducido un seguro público que elimina el pago del usuario en el momento de utilizar el servicio; y, (b) el cumplimiento de las condiciones que establece la teoría sobre la función de demanda del usuario para cada uno de los servicios y que son necesarias para fundamentar la existencia de una pérdida de bienestar. Cuanto menor sea la pérdida de bienestar o cuando menos se cumplan las condiciones relativas a la función de demanda, más aconsejable será la introducción de copagos reducidos o nulos (en el sentido de acercar menos el pago del usuario al coste marginal del servicio). A continuación se exponen los argumentos relativos a estas dos cuestiones para el caso de los servicios sanitarios.

Existen razones fundadas, tal como ha demostrado Nyman (1999), que indican que la ilustración expuesta en el Gráfico 1 sobre la estimación de la magnitud de la pérdida de bienestar representa una sobrevaloración de esta magnitud. El seguro, tal como se ha ilustrado con anterioridad, supone una transferencia de renta de los sanos a los enfermos por un valor de 2.850.000 pesetas para cada individuo enfermo. El cambio en la demanda (el riesgo moral) es resultado de la reducción en el precio para el consumidor (efecto precio puro) y del aumento de la renta como resultado de la transferencia implícita de renta. El efecto precio puro es el único que debe ser tenido en cuenta para estimar la magnitud de la pérdida de bienestar. En términos de Nyman (1999), el efecto precio puro del seguro es el cambio en el consumo de servicios sanitarios que ocurriría si un consumidor que ya está enfermo realizara un contrato con un asegurador para reducir el precio de la atención sanitaria a cambio de una prima actuarialmente justa. Esta definición elimina los efectos de la transferencia de renta (efecto renta) de la estimación de la pérdida de bienestar.

Nyman (1999) propone la ecuación de Slutsky para obtener una aproximación de la sobrevaloración de la pérdida de bienestar calculada con la demanda marshalliana. En el gráfico 2 se puede observar una ilustración de las implicaciones de tener en cuenta únicamente el efecto precio puro. En el gráfico 2 se ha introducido una estimación de la función de demanda compensada (la que corresponde al resultado de eliminar de la función de demanda marshalliana el efecto renta que ocasiona un cambio en el precio del servicio). En este caso, cuando el precio es igual a cero la demanda sería igual a  $Q$ , siendo  $Q < 20$  unidades. La reducción en la magnitud de la pérdida de bienestar calculada con la función de demanda compensada sería equivalente al área  $D'C'D$ . De acuerdo con las estimaciones realizada por Nyman, la pérdida de bienestar calculada teniendo en cuenta sólo el efecto precio puro reduce su magnitud al 83% de la que se obtendría con el enfoque de Pauly. La pérdida de bienestar así calculada continuaría siendo la pérdida bruta, puesto que lo relevante para la gestión pública debería ser la pérdida neta; es decir, teniendo en cuenta los beneficios del seguro para calcular la pérdida neta de bienestar. Entonces, cuanto menor sea la pérdida de bienestar asociada al seguro público, menor será la ganancia de eficiencia atribuible a la introducción de mecanismos de copago.

Gráfico 2. Estimación de la pérdida de bienestar basada en el efecto precio puro.



La crítica de Rice (1992; 1998) al argumento de la pérdida de bienestar de Pauly se basa en razones que tienen que ver con el incumplimiento de las hipótesis sobre la función de demanda en el caso de la atención sanitaria, y ello se debe básicamente a problemas de información en este mercado. Rice indica que la teoría económica predice que cuando aumenta el copago, la demanda que se debería reducir más es la de los servicios de menor utilidad marginal, lo cual puede identificarse con los menos efectivos desde el punto de vista clínico. La evidencia de trabajos como el publicado por Lohr et al (1986), procedente del estudio de la Rand Health Insurance, indica que un aumento en el precio reduce la cantidad demandada, pero que no hay ninguna diferencia según el nivel de efectividad de los servicios. Es decir, el copago reduce tanto los servicios efectivos como los inefectivos.

La crítica de Rice ha sido revisada por Nyman (1999), quien objeta que esta crítica sustentada en los resultados empíricos de Lohr et al (1986) es insuficiente para afirmar que no hay ganancia de bienestar con el aumento del copago. La teoría predice que ante dos servicios sanitarios que difieren únicamente en la efectividad (uno de alta y otro de baja efectividad), y suponiendo que el individuo conoce la efectividad, la demanda para el de mayor efectividad será más elevada que para el de efectividad menor, y esto se cumple sea cual sea el precio. Según la teoría, cuando aumenta el precio de ambos servicios, la demanda de los dos debe verse reducida, que es precisamente lo observado por Lohr et al (1986). Desde este punto de vista, en todo caso, el problema aparecería precisamente al poner copagos en servicios de alta efectividad.

La cuestión de mayor valor e implicaciones prácticas y que permanece vigente, a nuestro juicio, de la crítica de Rice es precisamente que, en condiciones de información imperfecta y asimétrica para el individuo (y no de información perfecta sobre la efectividad de los procedimientos como supone la revisión de Nyman): (a) incluso la

cantidad consumida del servicio de baja efectividad puede ser ya ineficiente en el supuesto de ausencia de seguro; y, (b) no hay ninguna certeza de que la reducción de la cantidad de servicios de alta efectividad como resultado del copago corresponda a aquellos que reportan menor utilidad al individuo (o que correspondan a la utilización de los individuos con menor probabilidad de obtener beneficio de la misma).

### **3. Coparticipación en el coste de la atención sanitaria**

#### **3.1 Aplicación de copagos en los servicios sanitarios**

*Tipología de mecanismos de copago.*- Los elementos más importantes en un sistema de coparticipación del usuario en el coste del servicio son los siguientes: (a) la contribución financiera directa del paciente, (b) las cantidades deducibles, (c) el importe máximo que puede pagar el paciente, y (d) el límite de cobertura.

La contribución financiera directa del usuario puede establecerse como una cantidad fija por unidad consumida (por ejemplo, 5.000 pesetas por visita por causa no urgente a servicios hospitalarios de urgencias) o bien como un porcentaje del coste del servicio (por ejemplo, el 40% del precio de venta de un medicamento). A medida que aumenta el coste del servicio, la imposición de un copago del tipo cantidad fija por unidad conduce a una reducción de la proporción del coste repercutida al usuario.

Cuando existen deducibles, los individuos pagan el gasto total de los primeros servicios sanitarios consumidos, mientras que, a partir de una determinada cantidad, el asegurador se hace cargo de la totalidad de los gastos. El efecto observado de este elemento sobre el gasto global es una tendencia a la reducción cuando los gastos del asegurado no superan la cantidad que se ha fijado de antemano como deducible, pero, en caso contrario, el exceso de demanda no se verá mermado (Murillo y Carles, 1999).

Los sistemas de copago pueden asimismo contemplar límites al riesgo máximo asumido por el usuario o bien por el asegurador. En el primer caso, se trata de una forma de reducir el riesgo financiero que el sistema de copago transfiere a enfermos crónicos o a enfermos agudos con un coste muy elevado concentrado en un período de tiempo corto. El asegurador también puede imponer un límite a la cobertura, de forma que mediante este método el paciente cubre las pérdidas más gravosas.

Otros elementos que pueden intervenir también en el diseño de un mecanismo de copagos son los descuentos y bonificaciones, y la definición de un catálogo de prestaciones aseguradas (Murillo y Carles, 1999). La exclusión de prestaciones mediante la definición de un catálogo es equivalente a la imposición de un copago del 100% sobre el servicio excluido (por ejemplo, las listas negativas de medicamentos excluidos de la financiación pública). Otro aspecto a tener en cuenta, y que puede incidir de forma importante en los efectos del sistema, es si se permite o no la posibilidad de que los individuos puedan comprar un seguro que les cubra de los riesgos financieros que les traslada el mecanismo de copago.

*Requerimientos de un mecanismo de copago.*- En la introducción de mecanismos de copago en los servicios sanitarios públicos resulta importante poder determinar como



mínimo los aspectos siguientes para poder evaluar la eficiencia de esta medida en el contexto de un análisis coste-beneficio:

- (a) ¿En qué medida la introducción del copago modifica la utilización del propio servicio (elasticidad precio) y la de otros servicios (efecto sustitución)?.
- (b) ¿En qué medida la respuesta de la utilización a la introducción del copago presenta diferencias importantes entre grupos socioeconómicos (varianza de la elasticidad precio por niveles de renta y de necesidad)?.
- (c) ¿Cuál es el efecto del copago sobre la utilización de servicios teniendo en cuenta el contexto del sistema sanitario en el que se aplica y, especialmente, los incentivos y el comportamiento de los proveedores?.
- (d) ¿Cuál es la contribución marginal de los servicios afectados (reducción de utilización) por el copago a la mejora del estado de salud de la población (efectividad clínica) y cual es la pérdida de utilidad percibida por los individuos?.
- (e) ¿Cuál es el efecto del copago sobre la distribución de la renta, y especialmente sobre la renta de los enfermos y los pobres?.
- (f) ¿ Se mantienen los efectos sobre la utilización observados a corto plazo o bien se modifican a medio y largo plazo?.
- (g) ¿Cuales son los costes de transacción que comporta la gestión del mecanismo de copagos?.
- (h) Y, ¿existe algún otro instrumento de política sanitaria que permita obtener la misma mejora en el bienestar que el copago con un coste menor?.

Al analizar la existencia y la magnitud de la pérdida de bienestar asociada a un seguro sanitario con anterioridad, ya se han puesto de relieve algunos de los fallos del mercado sanitario que hacen más problemática en este sector la mejora de eficiencia atribuible a los mecanismos de copago. Diversos autores han intentado presentar criterios o requerimientos que, dadas las características específicas del mercado sanitario, debería cumplir la introducción de mecanismos de copago para asegurar que suponen una mejora de la eficiencia sin que la equidad se resienta demasiado.

Evans et al (1983) indican que la introducción de copagos es problemática si la respuesta a las cuatro preguntas siguientes es afirmativa: ¿se trata realmente de un servicio sanitario?, ¿es un servicio efectivo?, ¿es un servicio clínicamente necesario?, ¿es un servicio para el que casi no existen alternativas?.

*¿Copagos diferentes para distintos servicios?.*- La teoría económica predice que los copagos deberían ser más reducidos para servicios con una elasticidad precio menor. Sin embargo, desde el punto de vista del beneficio clínico (mejora del estado de salud) el copago debería ser menor para los servicios de mayor efectividad. La coincidencia entre ambos criterios depende de la capacidad de decisión del individuo y de su nivel de información sobre la efectividad del procedimiento y del proveedor.

En realidad, los dos objetivos básicos (reducir la demanda y proporcionar ingresos) de los copagos generan recomendaciones contrapuestas sobre su aplicación (Chernichovsky, 2000). Si el objetivo fundamental es la reducción de la demanda, entonces el copago debería aplicarse sobre los servicios con una demanda más elástica. Sin embargo, si el objetivo es maximizar la capacidad recaudatoria del instrumento, entonces debería aplicarse a los servicios de menor elasticidad de la demanda.

La razón por la que la teoría económica favorece copagos más elevados cuando la elasticidad precio es mayor es muy parecida al argumento sobre la pérdida de bienestar

asociada al seguro. Si la presencia de un seguro conduce a un aumento muy fuerte en la utilización, entonces la pérdida de bienestar será muy importante por qué se estarán utilizando más servicios cuyo coste marginal supera la utilidad marginal. Así, un copago que reduzca la demanda permitirá una mejora del bienestar muy importante en este caso. Alternativamente, en los servicios con una elasticidad precio muy reducida, la pérdida de bienestar ocasionada por el seguro será mucho menor, igual que lo será la ganancia de bienestar que puede suponer el mecanismo de copago.

Sin embargo, tal como observan Rice y Morrison (1994) y Rice (1998) a partir de los resultados del Health Insurance Study de la Rand, las elasticidades de los servicios sanitarios presentan un reducido nivel de variación, sin embargo la elasticidad es mayor precisamente para servicios como los de carácter preventivo (Newhouse et al, 1993). ¿Se deben aplicar copagos más elevados a los servicios preventivos para reducir su utilización?. Desde el punto de vista de la relación coste efectividad es muy posible que lo recomendable sea precisamente lo contrario. Ello indica que en presencia de fallos del mercado como los que están presentes en el mercado de servicios sanitarios, el establecimiento de copagos no puede basarse sólo en la elasticidad precio sino que debe tener en cuenta aspectos como el nivel de información sobre la necesidad y efectividad de los procedimientos o el carácter parcial de bien público que pueden tener, por ejemplo, los servicios preventivos.

*¿Copagos diferentes para distintos individuos?.*- Los copagos pueden convertirse con facilidad en un impuesto a los enfermos que afecte especialmente a los pobres con enfermedades crónicas si no se diseña de forma adecuada. Cuando los copagos se aplican sin ninguna relación con el nivel de renta ocasionan un efecto regresivo sobre la distribución de la renta. Los individuos de menor renta que enferman tienen que gastar una mayor proporción de su renta para recibir atención sanitaria que los individuos enfermos de mayor renta. Los resultados del estudio de la Rand indican que los copagos no sólo pueden ser regresivos sino que pueden llegar a afectar negativamente el estado de salud de los individuos de menor renta (Rice y Morrison, 1994). Para establecer una relación entre el copago y el nivel de renta se pueden utilizar aportaciones diferentes según la renta del individuo, pero también diseños adecuados de sistemas de deducibles o de límite al riesgo financiero máximo que puede soportar el usuario, o bien deducciones fiscales, por ejemplo, en el impuesto sobre la renta.

El establecimiento de mecanismos de copago relacionados con el nivel de renta no está exento de problemas de tipo operativo y administrativo: la determinación del nivel de renta para los individuos cuyas rentas no proceden del trabajo, la inclusión o no de la riqueza en el indicador de nivel socioeconómico, la adaptación legislativa de los impuestos sobre la renta para que la deducción fiscal resulte progresiva, la consideración de factores personales, además de la renta, que son indicadores de necesidad (heterogeneidad de los individuos más allá de las diferencias en renta), la estigmatización de los individuos de renta baja mediante documentos identificativos para acreditar el derecho a exenciones o copagos reducidos, etc.).

Existen argumentos no sólo para diferenciar el sistema de copago aplicado a individuos de renta baja sino también a enfermos crónicos. Los argumentos a favor de copagos reducidos para los enfermos crónicos se basan en el hecho de son precisamente un grupo cuya demanda no es discrecional sino que en ellos es más importante el factor de

necesidad en la utilización de servicios, por lo que aquí precisamente un copago elevado se convertiría en un impuesto sobre la enfermedad.

*El nivel adecuado de subvención de un servicio público.-* El problema de la introducción de un copago es equivalente al problema de determinar la magnitud de la subvención de un servicio público. Gertler y Hammer (1996) establecen las siguientes condiciones para sistemas sanitarios de países en vías de desarrollo, donde el objetivo es mejorar las condiciones de acceso a los servicios garantizando la viabilidad financiera del sistema sanitario:

- (a) Los copagos deberían ser más reducidos para aquellos servicios en los que la atención pública es más efectiva y de mejor calidad que la privada (los servicios en los que se obtiene la mayor mejora en el estado de salud en comparación con las alternativas disponibles).
- (b) Los copagos deberían ser más reducidos para los servicios en los que la demanda total (pública y privada) es más elástica en relación con los copagos en los servicios públicos (en un contexto en el que el problema a resolver es la infrautilización).
- (c) Los copagos deberían ser más reducidos para los individuos con una elasticidad precio más elevada.
- (d) Los copagos deberían ser más reducidos para aquellos servicios y zonas donde existen menos alternativas de provisión privada (competencia).

*Efectos globales de los mecanismos de copago.-* En resumen, los efectos de los copagos aplicados a los servicios sanitarios se pueden observar para la financiación, la utilización y la equidad. En la siguiente Tabla 1 se presenta un cuadro resumen con las implicaciones de la implantación de una política de copagos por parte de los usuarios.

**Tabla 1. Efectos de los mecanismos de copago sobre la financiación, utilización y equidad**

FINANCIACIÓN	Se producirá una transferencia de costes desde el financiador al usuario
	Se producirá un incremento de costes administrativos
	Se producirá un incremento de cobertura privada por la cuantía de la coparticipación
UTILIZACIÓN	La variación dependerá de la interdependencia entre demanda y oferta sanitaria
	La variación dependerá de la elasticidad precio
	No representa una disminución diferencial de la utilización de los servicios innecesarios
	Se puede producir una sustitución hacia prestaciones de mayor coste
EQUIDAD	Se puede producir una disminución de las prestaciones preventivas
	Disminuye la utilización de usuarios de rentas bajas
	Casi no afecta a grupos de rentas altas

Fuente: Murillo y Carles (1999).

### 3.2 Evidencia empírica sobre los efectos de los copagos

*Aplicación de copagos en los países de la Unión Europea.-* La mayoría de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea (UE) durante los años ochenta y noventa han introducido o ampliado mecanismos de copago como un instrumento de contención de costes en los servicios hospitalarios y ambulatorios, con la excepción de España y Grecia. En la Tabla 2 se presenta una descripción sintética de los copagos aplicados en

los servicios sanitarios de estos países para aquellos que suponen el primer contacto con el sistema (demanda iniciada por el usuario), las derivaciones (dentro del sistema sanitario) y los medicamentos.

**Tabla 2. La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
Alemania	Ninguno.	Copago plano hasta los 14 días de hospitalización anuales, tras los que no se aplica participación alguna por parte del usuario.	Copago variable. Sistema de precios de referencia. No se aplica la cobertura para aquellos medicamentos en listas negativas de financiación pública.
Austria	No afecta al 80% de la población. El resto se les aplica una tasa porcentual de copago sanitario, o bien están exentos en relación a su reducido nivel de rentas.	Combinación de copago y tasa porcentual (con exenciones). El esquema de pagos directos por parte del paciente queda limitado a los primeros 28 días de hospitalización.	Copago para los medicamentos de prescripción farmacéutica. Los productos farmacéuticos no prescritos por profesionales sanitarios quedan excluidos.
Bélgica	Amplio rango de copagos y tasas porcentuales de participación en el coste, con excepción de aquellos colectivos de rentas bajas. Se permite un sistema de facturación extra a los pacientes (a).	Copago variable de acuerdo con los sistemas de pago de los profesionales. Los beneficios se reducen después de 90 días, siendo menor para los colectivos de rentas bajas.	Copago y tasas porcentuales de participación en los costes que van desde un 0% a un 85% según el tipo de medicamento consumido. Aquellos productos farmacéuticos fuera de la lista (positiva de financiación del sistema no se cubren en modo alguno.
Dinamarca	Ninguno.	Ninguno.	Tasa porcentual de participación variable (0 - 50%) aplicada en base a precios de referencia de los medicamentos. Aquellos medicamentos fuera del formulario MOH se excluyen de la cobertura del sistema.
España	Ninguno.	Ninguno.	Tasas porcentuales de participación en el coste del consumo farmacéutico. Lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
Finlandia	Ninguno. Se establece una elección entre: un pago anual previo, un copago, o bien un copago con un máximo en la factura de participación del usuario en el coste anual. Varía en función de los municipios.	Niveles de pago máximo para las estancias hospitalarias (diarias) y para las visitas de especialista.	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos.
Francia	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste. Se permite una facturación extraordinaria para determinadas categorías de médicos.	Tasas porcentuales de participación "per diem", junto a copagos que cubren las comidas. No se aplican los pagos directos por parte de los usuarios tras los primeros 30 días.	Mayoritariamente sujeto a tasas porcentuales de participación. Existe una lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
Grecia	Ninguno, aunque la facturación extraordinaria es común entre los médicos privados.	Ninguno para los internamientos hospitalarios. Algunos esquemas practican la financiación compartida mediante tasas de participación de los usuarios para servicios diagnósticos.	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos.
Holanda	Ninguno para el seguro público, aunque varía en el caso del seguro privado.	Ninguno para el seguro público, aunque varía en el caso del seguro privado.	Sistema de precios de referencia, con exclusión de algunos medicamentos.

*Tabla 2. La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental (continuación).*

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
Irlanda	Ninguno para la categoría I de la población (representaba el 37% en 1987). La participación es del 100% para el resto de la población a menos que contraten seguros sanitarios al respecto. A aquellos colectivos asegurados se les aplica un deducible	Ninguno para la categoría I en los hospitales públicos. Para el resto, los copagos se aplican para la primera visita hospitalaria externa (por episodios), así como un copago "per diem" para aquellos primeros 10 días de hospitalización (anual). Las	Ninguno para la categoría poblacional I. Al resto de la población se le aplican deducibles, que actúan a su vez como niveles máximos de participación mensuales. Aquellos medicamentos incluidos en la lista negativa de financiación

	anual, que también actúa como nivel máximo de participación de los usuarios.	aseguradoras compran asistencia gratuita para los hospitales tanto públicos como privados.	pública no son cubiertos.
Islandia	Copagos, con tasas superiores para aquellas visitas fuera del horario habitual de trabajo. Copagos superiores para visitas domiciliarias. Existe un máximo para la participación financiera del usuario.	Ninguno para los internamientos hospitalarios. Combinación de copago y tasa porcentual de participación para la asistencia de especialistas y las visitas externas. Copago en servicios diagnósticos. Existe un máximo para la participación financiera del usuario.	Combinación de deducibles diarios por prescripción, junto con tasas porcentuales de participación hasta un nivel máximo en la misma. Algunos medicamentos son completamente gratuitos, mientras que otros quedan excluidos de la cobertura pública.
Italia	Ninguno.	Ninguno para la atención de internamiento. La coparticipación en costes fue introducida en 1990 para los hospitales públicos en cuanto a procedimientos diagnósticos, visitas hospitalarias y tratamientos en balnearios.	Se aplican deducibles tan sólo en caso de medicamentos considerados esenciales. La mayoría del resto se financian a través de la combinación de deducibles y tasas porcentuales de participación del usuario. Algunos productos farmacéuticos quedan excluidos de la cobertura pública.
Luxemburgo	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los servicios.	Copagos "per diem" indexados a la inflación.	Tasas porcentuales de participación, excepto en aquellas "enfermedades especiales". Los medicamentos en los internamientos son gratuitos.
Noruega	Coparticipación en costes, con un nivel máximo de aportación anual para el conjunto de los servicios.	Ninguno para la atención de internamiento. Coparticipación para los servicios de diagnóstico.	Sistema de precios de referencia para aquellos medicamentos considerados "esenciales".
Portugal	Coparticipación en los costes.	Coparticipación en los costes.	Dos tasas porcentuales de participación, en función del tipo de medicamento implicado en el consumo. Adicionalmente, algunos productos farmacéuticos son gratuitos, aunque otros son excluidos de la cobertura pública.
Reino Unido	Ninguno.	Ninguno, con excepción de las camas hospitalarias de reposo.	Copagos pese a que el 83% de las prescripciones están exentas. Listas negativas de medicamentos que excluyen la cobertura del NHS.
Suecia	Copago, con niveles máximos de participación del usuario en la factura de los servicios sanitarios, a excepción de los de internamiento.	Copago "per diem" para los servicios de internamiento. Copagos para aquellas derivaciones terapéuticas.	Copago para el primer producto farmacéutico prescrito, con copagos significativamente menores para sucesivas prescripciones. Sistema de precios de referencia para medicamentos con equivalentes "genéricos".
Suiza	Combinación de deducibles anuales junto a tasas porcentuales de participación en los costes.	Copagos "per diem" para la hospitalización.	Coparticipación del usuario en los costes del consumo farmacéutico, que varía entre esquemas de seguro sanitario. Listas negativas de medicamentos que excluyen el consumo de la cobertura pública.
Turquía	La mayoría son proveedores privados que aplican esquemas de "pago por acto" (FFS) en sus facturas.	Los seguros sanitarios sociales cubren la totalidad de los costes, pese a que a colectivos no asegurados se les aplican tasas específicas.	Todos los esquemas de seguro sanitario social aplican tasas porcentuales de participación del usuario para los medicamentos (de visitas externas).

NOTAS: (a) La facturación extraordinaria se realiza por encima de aquellos máximos (de cobertura) establecidos por el esquema asegurador (al que el paciente se adhiera), y que el proveedor último de los servicios carga directamente al paciente.

FUENTE: López, Ortún y Murillo, 1999.

Cuando el copago recae en demanda no iniciada por el paciente sino en servicios establecidos por el médico, el impacto del copago dependerá de la capacidad de influencia del paciente en el médico. El copago debería actuar sobre la parte de la demanda que el médico no inicia (Ortún, 2000).

Una descripción más detallada de los niveles de copago para cada tipo de servicio en cada país de la UE se puede consultar en Mossialos y Le Grand (1999). Ahora bien, tal como señalan estos autores, en ningún caso han sido considerados como el instrumento privilegiado para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Excepto en los casos de Francia y Portugal la recaudación por copagos es poco importante con

relación al gasto total. En el caso francés, sin embargo, el 83% de la población dispone de un seguro privado que le reembolsa el importe pagado como copago. En los últimos años, los mecanismos de copago (incluyendo la exclusión de servicios) han adquirido importancia como mecanismo de recuperación de costes en países como Suecia, Finlandia y Dinamarca.

*Resultados empíricos sobre los efectos de los copagos.*- Existe una extensa literatura sobre la medida empírica de los efectos de los mecanismos de copago aplicados a los servicios sanitarios. En este capítulo centramos nuestro interés en los efectos sobre la utilización, el estado de salud y la equidad. Una excelente revisión de esta literatura a la que nos remitimos se puede encontrar en Zweifel y Manning (2000). Otras revisiones de los estudios empíricos sobre los efectos de los copagos se pueden consultar en Rice y Morrison (1994), Rice (1998) y López, Ortún y Murillo (1999).

La mayoría de los estudios sobre los efectos de los copagos indican que la utilización disminuye cuando aumenta la coparticipación del usuario en el coste del servicio sanitario. El análisis de los efectos empíricos de los copagos deben centrar su atención no sólo en los cambios en la utilización general de servicios, sino también en el cambio según el tipo y efectividad de los mismos, así como en los efectos sobre el estado de salud de la población. La evidencia empírica sobre los efectos de los copagos se puede clasificar en tres grupos en función del tipo de diseño del estudio (Zweifel y Manning, 2000): los experimentos naturales (cuando se produce un cambio en el nivel de copago), los estudios observacionales que comparan individuos (que soportan distintos copagos) o datos agregados, y los ensayos aleatorios sobre el efecto de los seguros.

Tal como predice la teoría, un aumento en el nivel de copago, aunque este sea reducido, se traduce en una menor utilización de los servicios sanitarios por parte de los usuarios. Los resultados empíricos avalan extensamente esta conclusión. Los resultados de los estudios observacionales y los experimentos naturales presentan, sin embargo, amplias variaciones para las estimaciones de la elasticidad precio. El único ensayo aleatorio que permite superar algunas de las limitaciones metodológicas de estos dos tipos de estudios (causalidad, generalización, selección adversa, etc.) es el Health Insurance Experiment (HIE), realizado por la Rand Corporation en los años setenta y ochenta, que asignó de forma aleatoria individuos menores de 65 años residentes en distintas zonas a diversos planes de salud (Newhouse et al, 1993). No obstante, el estudio HIE no está exento de problemas metodológicos que afectan tanto a su validez interna como externa (Rice, 1998).

La elasticidad precio observada en el estudio HIE es de  $-0,2$ , con pocas variaciones según el nivel de renta o la zona de residencia de los individuos ( $-0,17$  para copagos entre el 0 y el 25%, y  $-0,22$  para copagos en el intervalo 25-95%). Las elasticidades precio son similares para todos los servicios, con las siguientes excepciones:

- (a) la demanda de hospitalización infantil no es sensible al plan de salud;
- (b) los cuidados dentales son mucho más elásticos a corto que a largo plazo;
- (c) la atención psiquiátrica extrahospitalaria es mucho más sensible al precio que el resto de atención extrahospitalaria;
- (d) y la atención muy urgente es menos sensible al copago que otros servicios.

Conviene aquí recordar que la elasticidad precio de la demanda de un bien depende, entre otros factores, de la existencia, características y precios de los bienes sustitutivos

(Rodríguez, 1986). Considérese, por ejemplo, la sustituibilidad entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Si bien el copago reduce la utilización, la elasticidad precio estimada parece reducida. Sin embargo, hay que considerar el efecto que puede tener el hecho de que los estudios citados estiman únicamente la elasticidad respecto del precio monetario (el copago), que es tan sólo una parte del coste completo de la atención sanitaria. El racionamiento no se produce únicamente a través del precio monetario sino también a causa del precio no monetario (por ejemplo, a través de los tiempos de espera).

La obtención de elasticidades reducidas para los copagos no es razón suficiente para afirmar que la atención sanitaria es bastante poco elástica respecto del precio ya que la respuesta de la utilización a un cambio en el copago depende, en realidad, del cambio en el coste completo (precio monetario y no monetario). Así, podría darse el caso de que la causa de la baja elasticidad observada fuera el resultado de un cambio muy pequeño en el coste completo, a pesar de una importante variación en el precio monetario (ello es posible si el precio no monetario representa una proporción importante del coste completo). Chiappori et al (1998, 2000) han contrastado la posible influencia del precio no monetario en los cambios en la utilización ante la introducción de un copago en un casi-experimento natural en Francia. Estos autores analizan los cambios en las visitas en el centro de salud y en las visitas a domicilio cuando se introduce en Francia un aumento en el copago que se sitúa en el 10% para dos grupos de población (4578 individuos seguidos durante 2 años). El primero tiene que hacer frente al copago del 10%, mientras que el segundo dispone de un seguro que le reembolsa el coste del copago (a efectos prácticos, sin copago). Los resultados indican que el copago no afecta significativamente las visitas en el centro de salud, para las que los costes no monetarios pueden ser importantes (y el copago puede representar una proporción reducida del coste total). Mientras que el copago sí que reduce de forma significativa las visitas a domicilio, para las que el copago es casi el único componente del coste soportado por el usuario. Ello puede ser interpretado como evidencia de que cuando los costes no monetarios no son importantes, pequeños cambios en el copago pueden inducir cambios importantes en la utilización.

La ausencia de copago no indica que el sistema sanitario no imponga ningún coste a los usuarios en el momento de acceder o utilizar los servicios sanitarios. El precio no monetario (básicamente el coste en términos de tiempo) forma parte del coste que soporta el usuario y, a efectos de analizar los cambios en la utilización, es equivalente a un copago no monetario.

En un estudio de valoración contingente sobre la disponibilidad a pagar por la reducción del tiempo de espera para una intervención de cataratas realizado para pacientes de Manitoba, Barcelona y Dinamarca en 1992 (Bishay y Lang, 2000) se observa como los barceloneses son los que tienen una mayor disponibilidad a pagar (mayor valoración de la pérdida de bienestar por el tiempo de permanencia en lista de espera). Los pacientes estarían dispuestos a pagar \$128 en Manitoba, \$160 en Dinamarca y \$243 en Barcelona (\$ de 1992) por reducir el tiempo de permanencia en lista de espera por cataratas a menos de un mes. Esta cifra se sitúa entre el 10 y el 25% del coste de la intervención. A título ilustrativo, en el caso de los pacientes de Barcelona, la introducción de un copago monetario del 5% sobre la intervención quirúrgica supondría sólo el 17% del coste completo que soporta el usuario.

Uno de los problemas importantes observados como resultado del HIE es que los copagos reducen no sólo los servicios inapropiados (menos efectivos) sino también los apropiados (más efectivos) (Lohr et al, 1986; Siu et al, 1986). Lohr et al (1986) clasificaron los servicios en cuatro grupos de acuerdo con su efectividad clínica esperada: tratamiento muy efectivos, bastante efectivos, poco efectivos y muy escasamente efectivos. Los resultados indican que la reducción en el consumo no discrimina en función de la efectividad de los servicios cuando el copago se aplica a todos ellos de forma indiscriminada.

La efectividad de los mecanismos de copago depende también de la respuesta de la oferta ante la disminución de la utilización. Los copagos intentan introducir conciencia de coste en el usuario trasladándole riesgo financiero, sin embargo, la eficiencia de este tipo de mecanismos depende de la capacidad y de los incentivos de la oferta para inducir demanda compensando la caída en la utilización como resultado de la elasticidad precio ante el copago. Cuanto más determinante sea el comportamiento del proveedor para establecer la evaluación global de los efectos de los copagos, menos indicada estará su aplicación frente a otros mecanismos de actuación sobre la oferta de servicios sanitarios. Ellis y McGuire (1993) ha mostrado como los mismos efectos sobre la utilización atribuibles al copago se pueden conseguir mediante sistemas de pago mixtos a los proveedores (coparticipación de los proveedores en el coste de los servicios).

Una de las principales limitaciones del estudio HIE es que los pacientes afectados por los copagos no suponían más del 2% de la carga de trabajo de los médicos, con lo cual este estudio no puede ofrecer evidencia sobre la respuesta de la oferta ante la reducción en la utilización relacionada con los copagos. En un experimento natural realizado en British Columbia por Epp et al (2000) se ha observado la influencia de la oferta en los cambios en el número de visitas a médicos de medicina general cuando un grupo de éstos puede cargar un coste adicional, por encima de la financiación pública, a los pacientes. Este coste adicional se puede interpretar como casi equivalente al efecto de un copago. Un valor pequeño de coste adicional es suficiente para inducir una reducción en el número de visitas. Ahora bien, se observa también una respuesta del proveedor al efecto del copago: los criterios de tarificación (discriminación de precios) y la inducción de demanda compensan parcialmente la reducción en la demanda de los pacientes ante el coste adicional (copago).

A pesar de la amplia evidencia del efecto de los copagos sobre la utilización, se dispone de muy escasa evidencia en relación con el conocimiento de su impacto sobre el estado de salud. En algunos estudios sobre la población del programa Medicaid en California se ha observado que la población vulnerable que ha perdido el seguro tiene un estado de salud peor. En el HIE no hay evidencia de efectos negativos sobre el estado de salud para el individuo promedio, sin embargo, sí hay evidencia sobre sus efectos negativos en los individuos de menor renta: estos individuos tendrían un mejor estado de salud si tuvieran un seguro completo sin copagos (Brook et al, 1983). Esta evidencia es coherente con la observación de una mayor productividad marginal de los servicios sanitarios cuando el estado de salud es peor, mientras que la contribución marginal de este recurso a la producción de salud es mucho menor a medida que el estado de salud de la población es mucho mejor.



Los cambios en el sistema de copagos aplicados en Italia a partir de 1998 (extensión generalizada a partir del año 2000) representan un intento por aplicar copagos diferentes a individuos con distinta capacidad económica y condiciones personales (el llamado “sanitómetro”; ver Murillo y Carles, 1999). El sistema aplicado en Italia contempla exenciones al copago relativas a las condiciones de salud y a las condiciones económicas. Las primeras eximen situaciones personales en las que exista una gravedad clínica o un nivel de incapacidad probada (especialmente aplicable a patologías crónicas). La definición de condición económica se basa en un indicador de la situación económica equivalente (una especie de “ricómetro”) en cuya base de cálculo entra tanto la renta como el valor de los bienes patrimoniales (riqueza).

## **4. Coparticipación y consumo de medicamentos**

### **4.1 Efectos de los copagos en los medicamentos**

*Experiencia internacional.*- En la Tabla 2 se presenta un breve resumen de la aplicación de copagos en la financiación pública de medicamentos en los países de la UE. Los medicamentos son precisamente aquel componente de la atención sanitaria que es objeto de copago con mayor frecuencia en el ámbito internacional.

La diferenciación de los copagos en los medicamentos se establece según el tipo de usuario, el tipo de fármaco o bien ambos. Los efectos regresivos sobre la distribución de la renta se intentan corregir mediante exenciones, deducciones y copagos diferenciados que confieren complejidad a los mecanismos de copago aplicados en cada país y que impiden obtener con facilidad una visión general homogénea de los sistemas aplicados. La proporción del coste a cargo de los usuarios depende del tipo de medicamento en Dinamarca, Francia, Grecia, Italia, Portugal y Bélgica. El copago incluso puede ser variable según la forma de presentación y dimensión de los fármacos en Alemania. En el Reino Unido el copago toma la forma de una cantidad fija por prescripción. En muchos países se aplica un sistema amplio de exenciones según el tipo de paciente: Bélgica, Alemania, Dinamarca, España, Italia y Reino Unido. Además, en varios países existe una elevada proporción de fármacos excluidos. En el Reino Unido, casi la mitad de la población se encuentra excluida. La situación detallada del sistema de copago en cada uno de los países de la OCDE se puede consultar en la Tabla 10 de Jacobzone (2000), basada en *OECD Questionnaire on pharmaceutical and regulation*, *OECD (1998) Social and Health Policies, Health Policy Studies n. 7*, y *WHO (1997) European Series n. 72*.

Noyce et al (2000) presentan una comparación de los copagos efectivamente aplicados en diversos países de la UE mediante diversos escenarios representativos de la prescripción farmacéutica. El coste efectivamente soportado por los pacientes es bastante diferente en cada país para un mismo tratamiento y entre distintos tipos de tratamientos. En este sentido se observa que el juego de los niveles de precios y las exenciones son los mayores responsables de las diferencias de coste soportado por el usuario cuando se comparan terapias correspondientes a distintos problemas de salud. Las exenciones se relacionan generalmente con las condiciones clínicas del paciente y con su nivel de renta, con la aplicación en algunos casos de criterios relacionados con la edad y con límites al coste total que puede soportar el paciente como resultado del mecanismo de copago.

Algunos países excluyen explícita o implícitamente la posibilidad de reasegurarse contra el riesgo transferido al usuario por el copago (Austria, Alemania, Suiza). En Francia existe evidencia, como ya se ha señalado en el caso de los servicios sanitarios, de que el reaseguro compensa casi en su totalidad el efecto del copago.

*Efectos de los mecanismos de copago.*- Los mecanismos de copago en medicamentos pueden ser eficientes si existe sensibilidad del consumo respecto al copago (elasticidad precio) sin afectar negativamente el estado de salud, y si no se producen efectos sustitución perversos que perjudican el ahorro de costes y/o la calidad de la prescripción. Existe una amplia literatura sobre los efectos de los copagos en los servicios farmacéuticos. Una revisión de esta literatura para Estados Unidos y el Reino Unido se puede consultar en Huttin (1994). Una revisión más reciente para el caso del Reino Unido se encuentra en Hitiris (2000).

El estudio HIE de la Rand analizó también el impacto de los copagos aplicados a los medicamentos. El gasto farmacéutico por persona en el caso de la ausencia de copago es un 60% superior al gasto de los individuos sujetos a un copago del 95%. En los modelos aseguradores con mayor participación del usuario, el estudio observa un menor consumo de los grupos con copago en número de prescripciones, cuantificado entre un 18 y un 33% del consumo si lo comparamos con aquellos grupos sin copago. La elasticidad precio de la demanda de medicamentos era de  $-0,1$  para el tramo de pacientes con un copago entre el 0 y el 25% y de  $-0,2$  cuando el copago se encuentra en el tramo 25-95%.

Harris et al (1990) diferencian entre fármacos “importantes” y fármacos “discrecionales”, encontrando una reducción en la utilización de ambas categorías de medicamentos aunque con una reducción relativamente mayor en el caso de los discrecionales. Harris et al (1990) realizan una comparación antes y después utilizando un grupo de control que no tiene que satisfacer copago alguno. La introducción de un copago (\$1,50) produce una reducción del número de prescripciones del 10,7%, mientras que el aumento del copago hasta \$3,00 lleva a una reducción adicional del 10,6%. El efecto sobre el gasto farmacéutico fue algo más reducido pero significativo: reducciones de 6,7%, 5,2% y 8,8% respectivamente para los sucesivos copagos de \$1,50, \$3,00 y \$5,00. El hecho de que la reducción sea relativamente mayor para los “discrecionales” es muy sensible a la coincidencia entre la definición de necesidad y aquellas decisiones de consumo donde el riesgo moral está más implicado (López, Ortún y Murillo, 1999).

Soumerai et al (1987) clasificaron los medicamentos en tres categorías según su nivel de efectividad. En estos estudios se ha evaluado la imposición de un techo en el consumo de medicamentos (3 recetas mensuales) y un copago de \$1,00 en el programa Medicaid en New Hampshire (USA): la reducción del consumo se produce en los tres grupos, pero es más importante en términos relativos en el grupo de medicamentos de efectividad limitada o inexistente. Ahora bien, en términos absolutos, la reducción en los medicamentos importantes es la más substancial. La definición de lo que se considera consumo adecuado es una de las principales limitaciones de este tipo de estudios que intentan clasificar los medicamentos en función de sus beneficios. Por otro lado, la concentración del consumo en un número pequeño de individuos con una elevada frecuentación es responsable de reducciones de hasta el 46% en el consumo farmacéutico de algunos pacientes.

Nelson et al (1984) también analizaron el efecto de la imposición de un copago de cantidad fija por receta en el programa Medicaid, observando otro de los problemas comunes a la imposición de copagos en medicamentos: los efectos del copago se desvanecen a medida que transcurre el tiempo desde la introducción del mismo. Ello puede ser explicado por lo reducido del copago fijo en valores absolutos, o más bien por el aumento del precio de los medicamentos a lo largo del tiempo, que implica una reducción de la proporción efectiva del copago sobre el coste total del fármaco. Al analizar los efectos del copago según el tipo de medicamentos, estos autores encuentran una mayor reducción en medicamentos esenciales (resultado similar al de Soumerai et al, 1987, 1991), además de la ausencia de efecto del copago sobre los analgésicos.

En una evaluación conjunta del impacto de los distintos tipos de copago aplicados en cada estado americano por Medicaid en el año 1992, Stuart y Zacker (1999) observan como los ancianos y enfermos que residen en estados que aplican copagos tienen una utilización menor de fármacos que los que residen en aquellos estados que no aplican copagos. En un modelo de regresión, dos tercios de la diferencia observada en el consumo se explica por las variaciones en los sistemas de copago. Ahora bien, la diferencia importante atribuible al copago está en la reducción del número de individuos que consumen, más que en el número de recetas de los que consumen. El estudio de estos autores permite observar la asociación entre consumo de medicamentos bajo copago y nivel de salud auto-percibida: mientras que el consumo es prácticamente idéntico en los estados con y sin copago para los individuos con salud muy buena o excelente; sin embargo, la diferencia de consumo es del 27% para los individuos que declaran tener mala salud o del 40% para los que la declaran como no muy buena.

Las diferencias en la elasticidad precio de los medicamentos por grupos sociales ha sido también puesta relieve por Lundberg et al (1998) mediante los resultados de una encuesta postal a 2008 personas residentes en Uppsala (Suecia). El cuestionario auto-administrado, con todas las limitaciones sobre su fiabilidad que el método supone, incluía una pregunta sobre si los individuos utilizarían menos fármacos si se aumentara el copago en un determinado importe (entre el 9 y el 150%). Los autores controlan los efectos sobre la reducción del consumo atribuido a las características socioeconómicas y el tipo de fármaco. Los resultados de un modelo logístico indican que la elasticidad disminuye con la edad, la renta, la formación y el estado de salud auto-percibido. La elasticidad presenta variaciones importantes entre tipos de fármacos y grupos socioeconómicos. Los más sensibles al aumento del copago son los jóvenes, los que tienen peor estado de salud, los de menor nivel de formación y los de menos renta.

Tamblyn et al (2001) han examinado el efecto de la introducción de un copago farmacéutico sobre productos esenciales y no esenciales, prescritos a ancianos y pobres en Quebec en 1996. La reducción en el consumo de medicamentos no esenciales es mayor que la de los esenciales, tanto en el caso de los ancianos (15,1% y 9,1% respectivamente) como en el caso de los pobres (22,4% y 14,4%). En ambos casos, la reducción es mayor en los pobres que en los ancianos. Según los resultados de este estudio, la reducción en el consumo de fármacos esenciales puede tener un elevado coste de oportunidad: en el grupo de pobres se observa un aumento del 78% en las visitas a urgencias relacionadas directamente con la reducción del consumo farmacéutico.

Diversos estudios empíricos han analizado también la elasticidad de la demanda de medicamentos en el NHS británico a partir de un sistema de copagos del tipo cantidad fija por receta (5,90 libras a partir del 1 de abril de 1999), así como el efecto financiero de este copago sobre la recaudación. La evidencia empírica revisada por Hitiris (2000), a pesar de padecer diversas limitaciones metodológicas, indica que el aumento del copago reduce el número de prescripciones susceptibles de aplicación de copago. Las elasticidades estimadas oscilan entre  $-0,22$  y  $-0,50$ , con una moda en  $-0,35$ . La evidencia sobre la contribución del copago a la financiación es débil ya que la recaudación es limitada (4,8% del gasto farmacéutico total) y además se desconocen los efectos a corto y medio plazo sobre el gasto de los pacientes en servicios sustitutivos a causa del agravamiento de sus problemas de salud.

Una de las debilidades de los sistemas de copago, tanto para los servicios sanitarios como para los medicamentos, se encuentra en conocer la interrelación que existe entre el copago (un instrumento que actúa por el lado de la demanda) y la respuesta de los proveedores de servicios (médicos, hospitales, farmacias, etc.). Muchos de los estudios empíricos sobre los copagos analizan sus efectos en contextos relativos a un único sistema de pago de los proveedores. Resulta difícil deducir implicaciones sobre los efectos de los sistemas de pago sin tener en cuenta el comportamiento del médico y del farmacéutico o sin tener en cuenta los posibles sesgos de selección en el mercado de seguros.

El estudio de Hillman et al (1999) es casi el único que permite observar el impacto de un copago sobre usuario en el consumo de fármacos en el contexto de distintos sistemas de pago a los médicos. Estos autores analizan el efecto del copago farmacéutico en dos tipos de organizaciones diferentes: una “*independent practice association*” (IPA) y una “*network model health maintenance organization*” (HMO). En la HMO, los médicos son responsables del riesgo financiero ocasionado por la prescripción farmacéutica, mientras que en la IPA los médicos no tienen ninguna responsabilidad por el coste de sus prescripciones. El efecto del aumento del copago (del 50%, de \$5,00 a \$7,50) es que éste reduce el gasto en el caso de la IPA (12,3%), sin embargo el efecto es negligible en el caso de la HMO (3,4%). Es decir, los copagos pueden tener un efecto importante en ausencia de incentivos de los médicos a controlar el coste de sus prescripciones. Este resultado es coherente con las predicciones teóricas de Ellis y McGuire (1993) según las que los instrumentos de coparticipación por el lado de la oferta pueden conducir a resultados parecidos a los de los copagos a los usuarios, en cuanto al nivel de utilización y de gasto, y, probablemente, afectando menos a la equidad si se diseñan adecuadamente.

*El copago farmacéutico en España.*- La prestación farmacéutica extrahospitalaria es la única prestación sanitaria a la que se aplica una coparticipación del usuario en el coste. Esta participación ha evolucionado desde el 10% del coste en 1978 hasta el 40% en 1980. En general, no existe cobertura reaseguradora para este copago. Los pensionistas y sus beneficiarios se encuentran exentos de este copago. Asimismo existe un copago reducido (alrededor del 10%) para algunos medicamentos prescritos, generalmente, a enfermos crónicos. La capacidad de recaudación de este sistema de copago es bastante limitada puesto que permite financiar menos del 8% del valor del precio de venta de los fármacos financiados por el sistema sanitario público de la Seguridad Social. Murillo y Carles (1999) citan un estudio no publicado de Vendrell (1997) que confirma un efecto trasvase alrededor del 30-40% del consumo que se produce en paralelo con los

aumentos de copago. Asimismo, este trabajo verifica una reducción en el porcentaje de aportación del usuario del 0,5% anual entre el 11,02% en 1996 y el 8,83% en 1995.

La elasticidad precio del consumo farmacéutico ha sido estimada en valores de  $-0,13$  y  $-0,15$  (Puig-Junoy, 1988). Esta reducida sensibilidad del consumo respecto al precio viene condicionada por el efecto del trasvase de recetas, junto a un posible efecto renta sobre el consumo.

Puig-Junoy (1988) estima para los años 1983, 1984 y 1985 un trasvase de recetas de activos a pensionistas entre el 30 y el 40% de su consumo, lo que equivale a entre un 15 y un 20% del total de recetas. En esta situación, a pesar de que los pensionistas suponen menos del 18% de la población protegida por la Seguridad Social, son responsables de más de tres cuartas partes del gasto farmacéutico. Así pues, no sólo el sistema de copagos farmacéuticos español tiene una capacidad de recaudación reducida y decreciente, si no que existen factores que arrojan dudas razonables sobre su impacto sobre la equidad. En primer lugar, la importancia del efecto trasvase es ilustrativa al respecto. En segundo lugar, la exclusión del sistema sobre la base de la condición de pensionista no implica que se garantice el acceso gratuito a la prestación a aquellos con menor capacidad económica (cuando se tiene en cuenta no sólo la renta –flujo- sino también la riqueza –estoc-). Y, en tercer lugar, existen otros sistemas de seguro público al margen del sistema público de Seguridad Social, tal como se comenta a continuación, que no eximen del copago a los pensionistas.

Los pensionistas cubiertos por la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) deben realizar, a diferencia de los del régimen general de la Seguridad Social, la misma aportación que el resto de asegurados por este esquema, es decir, el 30% del precio de venta del fármaco. Según López, Ortún y Murillo (1999), en 1997 los costes farmacéuticos por persona de MUFACE equivalen tan sólo a un 63,5% del coste por persona en la Seguridad Social; del mismo modo, el número de recetas por persona de MUFACE equivale al 79,6% del número de recetas por persona en el sistema de la Seguridad Social (López, Ortún y Murillo, 1999). Esta diferencia, no obstante, no puede contemplarse tan sólo como imputable al distinto sistema de copago entre los dos sistemas de seguro sanitario público (o sea, como efecto del riesgo moral). Estas diferencias deberían ajustarse por la diferencia en la composición por grupos de edad y niveles de riesgo o de renta de la población (efecto del *mix* de usuarios), y por el efecto de los incentivos a la contención de costes que supone la contratación de la provisión de la atención sanitaria de MUFACE tanto con aseguradoras privadas como públicas (responsabilidad de los diferentes modelos de gestión y del comportamiento prescriptor del médico). Al margen de la importancia de los necesarios ajustes, existen pocas dudas de que hay un amplio campo para la mejora de la eficiencia mediante la racionalización del consumo farmacéutico.

Las medidas de exclusión de medicamentos de la cobertura aseguradora pública adoptadas en 1993y 1998, en teoría sobre la base a criterios de efectividad de los fármacos, equivalen al establecimiento de un copago del 100% para el usuario que continúa consumiendo estos productos. Sin embargo, la limitada información disponible sobre sus efectos permite observar un efecto reductor sobre el consumo limitado al momento inicial (el gasto recupera el nivel y la tendencia en los períodos posteriores) y, además, se pueden haber producido sustituciones de productos excluidos por otros

incluidos en la financiación pública, aunque sujetos a copago, con efectos dudosos tanto sobre el coste como sobre su impacto sobre el estado de salud.

## 4.2 Copagos evitables: el caso de los precios de referencia

Un tipo especial de copago aplicado en la financiación pública de medicamentos por diversos países son los llamados precios de referencia (PR). Se trata de un copago que, con un diseño y aplicación adecuadas, cumple con dos características destacables que no cumplen la mayoría de los copagos en servicios públicos y que le confieren notables cualidades para garantizar mejoras de eficiencia. En primer lugar, se trata de un copago en el que el consumidor no tiene por que incurrir si no lo desea aunque deba consumir medicamentos, del tipo que sean; en otras palabras, se trata de un copago evitable. Y, en segundo lugar, este tipo de copago difícilmente puede ocasionar reducciones en el consumo en ningún grupo de población ni sustituciones de productos con efectos no deseados (o sea, ni efectos negativos para la equidad ni para la eficiencia), ya que el mecanismo se basa en aplicar el sencillo criterio de minimización de costes ante dos o más productos con bioequivalencia demostrada pero precios diferentes en el mercado (en este sentido, se acerca a una aplicación estricta de los criterios del análisis coste-beneficio).

Las políticas de establecimiento de precios de referencia como estrategia de contención del gasto farmacéutico mediante el fomento de la competencia vía precios consisten en definir un nivel máximo de reembolso para la financiación pública de fármacos prescritos, siendo a cargo del paciente (copago) la diferencia entre dicho nivel y el precio de venta del producto elegido (Zammit-Lucia y Dasgupta, 1995; Danzon, 1997; Mossialos, 1998; Dickson y Redwood, 1998). La cuantía máxima reembolsable o *precio de referencia* se determina con relación a un grupo de fármacos alternativos, considerados comparables o equivalentes. En este sentido, se trata de una política de promoción de la competencia vía precios mediante la orientación de la financiación pública hacia los productos con precios más bajos. Desde su introducción en Alemania en 1989, los sistemas de precios de referencia se han aplicado en Holanda, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Polonia, Eslovenia, British Columbia (Canadá), Noruega, Italia y Australia.

Dos objetivos caracterizan la introducción de sistemas de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos. El primero tiene que ver con el fomento de la competencia de precios al incentivar a las empresas a acercar sus precios al nivel de referencia. Ésta es precisamente una de las razones de la Comisión Europea (1998) para recomendar los PR. El segundo objetivo intermedio tiene que ver el incentivo a tener en cuenta la relación coste-efectividad de los medicamentos prescritos al aumentar la responsabilidad financiera de los pacientes que puede influenciar las decisiones de los médicos. Puede observarse, como la participación del paciente en el coste de producto sometido a este sistema, a diferencia de los copagos tradicionales, resulta *evitable* si el paciente y/o el médico seleccionan un producto con un precio no superior al de referencia.

Los sistemas de financiación pública basados en precios de referencia se caracterizan por los siguientes cinco rasgos básicos (López-Casasnovas y Puig-Junoy, 2000):

1. Los productos se clasifican en subgrupos de medicamentos “equivalentes” (con efectos terapéuticos “similares”).
2. El precio de referencia es el reembolso máximo y único para todos los medicamentos del mismo subgrupo (el asegurador limita el riesgo asumido).
3. El precio de referencia se establece sobre la base de algún punto (mínimo, mediana, etc.) de la distribución de precios observados en el mercado.
4. Las empresas farmacéuticas tienen libertad de fijación de precios de los productos sujetos a PR.
5. Si el precio de venta fijado por el productor es superior al precio de referencia, el paciente paga la diferencia (copago variable y evitable).

La influencia de los PR sobre el precio de venta depende del poder de monopsonio del comprador, de la elasticidad-precio del producto y de la elasticidad-precio cruzada para los productos sustitutivos, así como de la cobertura de los productos bajo PR. El sistema de PR consigue en general mejor sus objetivos cuanto más se relaciona la factura farmacéutica con la presión de precios y cuando los diferenciales de precios en el mercado para productos equivalentes son elevados, lo cual está muy relacionado, obviamente, con la presencia de genéricos.

La introducción de precios de referencia en Suecia indica que, sin cambios en los incentivos de los médicos, la probabilidad de prescripción de un genérico es mayor cuanto más elevada es la diferencia de precio entre el producto de marca y el genérico (Lundin, 2000), a pesar de la influencia de los hábitos de los médicos y de las preferencias de los pacientes en la elección del fármaco.

A diferencia de las listas negativas y positivas, los PR no restringen los medicamentos disponibles para el médico y para el paciente. Este sistema de financiación pública respeta la libertad de elección siempre que se esté dispuesto a soportar el coste adicional. Se trata de aumentar la conciencia del coste de los pacientes para fomentar el uso racional de productos “equivalentes” o similares. En el contexto de un decisor público con el objetivo de maximizar la salud (por ejemplo, el número de años de vida ajustados por calidad -AVAC-), el límite a la financiación unitaria se puede interpretar como equivalente a la aplicación de una regla de decisión basada en el precio máximo que el asegurador está dispuesto a pagar por una unidad adicional de “salud”. Sin embargo, la equivalencia de los PR con una regla de decisión social depende del grado de adecuación de la medida de efectividad implícita en la equivalencia entre productos. Al mismo tiempo, el copago evitable se puede convertir en inevitable si los medicamentos agrupados en el mismo subgrupo no son perfectamente “intercambiables” para un paciente concreto, siendo en este caso el copago dependiente de las estrategias de precios de las empresas que comercializan cada producto (de Vos, 1996).

Los PR han sido introducidos en países en los que existe un importante poder de monopsonio, pero en los que éste no es en absoluto el único instrumento que se utiliza para influenciar el mercado farmacéutico. En la mayoría de países, los PR han sido

acompañados por un amplio abanico de reformas que afectan tanto a la demanda como a la oferta. Siendo éste el caso, resulta muy difícil atribuir los cambios observados en el gasto farmacéutico y en los precios únicamente a la estrategia de PR. Los estudios que comparan el gasto, el consumo y los precios antes y después de la introducción de PR, que constituyen la mayor parte de la literatura empírica sobre PR, no permiten separar la influencia de los PR de la de otros factores económicos y sociales sobre el comportamiento de la variable dependiente (López-Casasnovas y Puig-Junoy, 2000).

La principal desventaja de los precios de referencia reside en que la contención de costes no se consigue siempre, y cuando ésta se produce tiene una duración corta. Las causas del limitado efecto (ahorro reducido y efecto sólo a corto plazo) de los precios de referencia sobre la contención del coste se deben a: (a) se aplican, como veíamos, sobre una proporción limitada del mercado, que, en general, no es la que lidera el crecimiento del gasto; (b) las empresas reaccionan recuperando las pérdidas en los productos cubiertos por el sistema mediante aumentos en los precios de los productos no cubiertos; (c) y, el sistema intenta controlar los precios, pero no influencia el aumento en el número de medicamentos prescritos ni la estructura de este consumo.

Desde el punto de vista empírico, las principales conclusiones relativas al efecto de los PR sobre el gasto, el consumo y los precios en el mercado farmacéutico son las siguientes:

1. Los PR producen una reducción a corto plazo del gasto financiado por el asegurador. El impacto global depende de la extensión de los productos incluidos bajo este sistema. El ahorro a corto plazo requiere cambios en el comportamiento de los prescriptores (cambio a fármacos más baratos), precios más bajos, cambios en la extensión del sistema de PR, y aumento de coste soportado por los pacientes. En Alemania, el efecto neto sobre el gasto de los aseguradores en 1993 comparado con el de 1992 fue una reducción del 19,5%. En Dinamarca, el primer año de aplicación produjo un crecimiento menor del gasto que en los seis años anteriores.

2. La experiencia demuestra que los PR no producen ahorros importantes a largo plazo. Después del impacto inicial, el crecimiento del gasto reaparece, en parte debido a fármacos nuevos y más caros. En Alemania, la proporción de fármacos prescritos protegidos por una patente pasó del 11,7% en 1991 al 20% en 1996. Se produce un incremento en las prescripciones, en los precios y en el consumo de los productos no cubiertos por el sistema de PR. Ello ocasiona la necesidad de introducir medidas adicionales para controlar nuevamente el crecimiento del gasto.

3. El precio de los productos incluidos bajo el sistema de PR tiende a disminuir. En la mayoría de los países se observan reducciones iniciales de precios. En Suecia, el precio de los productos afectados por los PR, con muy pocas excepciones, disminuyó hasta el precio de referencia. En Alemania la mayoría de empresas han elegido también reducir los precios hasta el precio de referencia. En este país se produjo una reducción inmediata de los precios del 13% en el primer año, y una reducción posterior que se sitúa entre el 2 y el 10%. Giuliani et al (1998) han observado como el precio por dosis diaria definida (DDD) se redujo en Alemania después de la adopción de este sistema, pero que esta reducción en el coste unitario fue compensada por el aumento del gasto en aquellos productos no sujetos a PR.



Danzon y Liu (1997) demuestran como el efecto a corto plazo de los PR consiste en producir un corte en la curva de demanda en el punto correspondiente al precio de referencia, suponiendo que los médicos tienen información perfecta sobre los precios. El modelo de demanda quebrada (“kinked demand model”) que proponen estos autores para explicar el comportamiento de los precios sujetos a PR predice que nunca será óptimo poner un precio inferior al precio de referencia.

En general, se observa que no existen incentivos a tarificar por debajo de los precios de referencia: el precio de algunos genéricos en Alemania ha aumentado hasta alcanzar el precio de referencia, siendo éste establecido como una mediana estadística de los precios observados.

4. El precio y la cuota de mercado de los productos no cubiertos por los PR aumenta notablemente. En general, las empresas han aumentado los precios de los productos no sujetos a PR. En Alemania, los precios de los medicamentos sujetos a PR disminuyeron un 1,5% entre 1991 y 1992 mientras que el precio de los excluidos aumentó en un 4,1%. En algún caso, las empresas han preferido ver sus productos excluidos de la financiación pública para poder incrementar los precios, como ha ocurrido en Suecia, Italia y Nueva Zelanda.

## Referencias bibliográficas

Bishai, D.M. and H.C. Lang (2000), The willingness to pay for wait reduction: the disutility of queues for cataract surgery in Canada, Denmark, and Spain, *Journal of Health Economics*, 19: 219-230.

Brook, R.H. et al (1983), Does Free care Improve Adults' Health?, *The New England Journal of Medicine*, 309(23): 1426-34.

Chernochovsky, D. (2000), The public-private mix in the modern health care system – Concepts, issues and policy options revisited, Working Paper 7881, NBER, September.

Chiappori, P.A. et al (1998), Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment, *European Economic Review*, 42: 499-511.

Chiappori, P.A. et al (2000), Cost of Time, Moral Hazard, and the Demand for Physician Services, May, mimeo.

Danzon P.M. (1997), *“Pharmaceutical Price Regulation. National Policies versus Global Interests”*, The AEI Press: Washington.

Danzon P. and Liu H. (1997), *“Reference Pricing and Physician Drug Budgets: The German Experience in Controlling Pharmaceutical Expenditures”*, Working Paper, Philadelphia: The Wharton School.

Dickson M. and Redwood, H. (1998), *“Pharmaceutical Reference Prices. How do They Work in Practice?”*, *PharmacoEconomics*, 14(5): 471-9.

Ellis, R.P. and T.G. McGuire (1993), Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspectives*, 7(4): 135-51.

Epp, M.J. et al (2000), The impact of direct and extra billing for medical services: evidence from a natural experiment in British Columbia, *Social Science and Medicine*, 51: 691-702.

European Commission (1998), *“Commission Communication on the Single Market in Pharmaceuticals”*, adopted by the Commission on 25 November 1998, Directorate General III - Industry.

Evans, R.G. et al (1983), It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not for Others?, Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Feldman, R. and B. Dowd (1991), A new estimate of the welfare loss of excess health insurance, *American Economic Review*, 81: 297-301.

Feldstein, M. (1973), The welfare loss of excess health insurance, *Journal of Political Economy*, 81: 251-280.

- Feldstein, M. and B. Friedman (1977), Tax subsidies, the rational demand for insurance, and the health care crisis, *Journal of Public Economics*, 7: 155-178.
- Gertler, P. (1999), *A Conceptual Framework for Women's Health*, October, World Bank, Washington DC.
- Gertler, P. and J. Hammer (1998), *Strategies for Pricing Publicly Delivered Health Services*, in G. Schieber (ed), *Innovations in Health Care Financing*, World Bank, Washington DC.
- Giuliani G, Selke G, Garattini L (1998), *The German experience in reference pricing*, *Health Policy*, 44: 73-85.
- Harris, B.L. et al (1990), The effect of drug copayments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization, *Medical Care* 28(10): 907-917.
- Hillman, A.L. et al (1999), *Financial Incentives And Drug Spending in Managed Care*, *Health Affairs*, 18(2): 189-200.
- Hitiris, T. (2000), *Prescription charges in the United Kingdom: A critical review*, Discussion Papers in Economics 00/04, University of York, Department of Economics and Related Studies.
- Huttin, C. (1994), The use of prescription charges, *Health Policy*, 27: 53-73.
- Jacobzone, S. (2000), *Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals*, *OECD Labour Market and Social Policy – Occasional Papers No. 40*.
- Lohr, K. et al (1986), Use of medical care in the RAND health insurance experiment: Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial, *Medical Care*, 24: S1-S87.
- López Casanovas, G., V. Ortún y C. Murillo (1999), *El sistema sanitario español: informe de una década*, Bilbao: Fundación BBV.
- López-Casanovas, G. y Puig-Junoy, J. (2000), *“Review of the Literature on Reference Pricing”*, *Health Policy*, forthcoming (Conference on The Effects of Reference Pricing of Medicines, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 14-16 de diciembre de 1998).
- Lundberg, L. et al (1998), Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups, *Health Policy*, 44: 123-134.
- Lundin, D. (2000), Moral hazard in physician behavior, *Journal of Health Economics*, 19: 639-662.
- Manning, W. ad M. Marquis (1996), Health Insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard, *Journal of Health Economics*, 15: 609-640.

Mossialos E. (1998), *“Pharmaceutical Pricing, Financing and Cost Containment in the European Union Member States”*, in R. Leidl (Ed.), *“Health Care and its Financing in the Single European Market”*, IOS Press: Amsterdam; 85-113.

Mossialos, E. and J. Le Grand (1999), Cost containment in the EU: an overview, en *Health Care and Cost Containment in the European Union*, E. Mossialos and J. Le Grand (eds), pp. 1-154, Ashgate, Aldreshot.

Murillo, C. y Carles, M. (1999), *Diseño de indicadores de capacidad adquisitiva de los usuarios para mejorar la racionalidad y la equidad en la financiación sanitaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES.

Nelson, A.A. et al (1984), The effects of Medicaid medicine co-payment programme on the utilization and cost of prescription services, *Medical Care*, 22: 724-736.

Newhouse, J.P. et al (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Noyce, P.R. et al (2000), The cost of prescription medicines to patients, *Health Policy*, 52: 129-145.

Nyman, J.A. (1999), The economics of moral hazard revisited, *Journal of Health Economics*, 18: 811-824.

Ortún, V. (2000), *Sistema sanitario y estado del bienestar: ¿todo, para todos y gratis?*, en J.R. Amor et al (eds.), *Ética y gestión sanitaria*, Sanitas-Icade, Madrid: 95-124.

Pauly, M. (1968), The economics of moral hazard: comment, *American Economic Review*, 58: 531-537.

Puig Junoy, J. (1988), Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste, *Investigaciones Económicas*, XII, 1: 45-68.

Rice, T. (1992), An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market, *Journal of Health Economics*, 11: 86-92.

Rice, T. (1998), *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago :Health Administration Press.

Rice, T. and K.R. Morrison (1994), Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform, *Medical Care Review*, 51(3): 235-287.

Rodríguez, M. (1986), La eficacia del ‘ticket moderador’: entre el ahorro y la equidad, *Gaceta Sanitaria*, 30: 232-236.

Siu, A.L. et al (1986), Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plans, *The New England Journal of Medicine*, 315(20): 1259-66.

Soumerai, S.B. et al (1987), Payment restrictions for prescription medicines under Medicaid, effects on therapy, costs and equity, *The New England Journal of Medicine*, 317(9): 550-556.

Stuart, B. And C. Zacker (1999), Who Bears The Burden Of Medicaid Drug Copayment Policies?, *Health Affairs*, 18(2): 201-212.

Tamblyn R., et al (2001), Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons, *JAMA*, 285(4): 421-9.

Vos C.M. de (1996), "*The 1996 Pricing and Reimbursement Policy in The Netherlands*", *PharmacoEconomics*, 10, Sup. 2: 75-80.

Zammit-Lucia J. and Dasgupta R. (1995), "*Reference Pricing. The European experience*", *Health Policy Review*, Paper No. 10, St. Mary's Hospital Medical School, London.

Zweifel, P. And W.G. Manning (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care, in *Handbook of Health Economics* (eds), North-Holland.