

## Resumen

El objetivo principal del artículo consiste en analizar algunos aspectos relevantes de los cambios en el papel de los copagos en sistemas de salud con financiación pública y cobertura universal. Primero, se analiza el debate sobre el papel de los copagos complementarios cuando se excluyen de la cobertura pública las tecnologías y/o medicamentos menos coste-efectivos. Segundo, se describe la experiencia internacional de las nuevas formas de copago basados en el valor. Y, tercero, se analizan los cambios y el impacto observado de las diversas reformas aplicadas en los copagos obligatorios (copago estatal, tasas autonómicas y desfinanciación) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español a partir de 2012.

*Palabras clave:* cobertura aseguradora, atención sanitaria, copago, tasas, desfinanciación, medicamentos.

## Abstract

This article aims primarily to analyse some significant features of the change in the role of co-payments in publicly funded health systems with universal coverage. It discusses the debate on the role of supplementary co-payments or top-ups when less cost-effective technologies or drugs are excluded from public coverage. That is followed by a description of international experience with new forms of value-based co-payments. Lastly, it addresses the impact of the various reforms introduced in mandatory co-payments beginning in 2012 (nationwide co-payments, regional fees and removal from the formulary) on the Spanish National Health System (NHS).

*Key words:* insurance coverage, health care, co-payment, fees, removal from formulary, drugs.

*JEL classification:* I11, I13, I18.

# EL PAPEL DE LOS COPAGOS EN SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS Y UNIVERSALES

Jaume PUIG-JUNOY

*Universitat Pompeu Fabra*

## I. INTRODUCCIÓN

La presencia moderada de copagos en atención sanitaria, especialmente en el caso de los medicamentos, es un hecho controvertido pero constatado en la práctica en la mayoría de sistemas de salud financiados mayoritariamente con impuestos y con cobertura universal (Thomson y Mossialos, 2010; Tambor *et al.*, 2011). Los copagos tradicionales eran obligatorios para el paciente (cantidad fija, porcentaje del precio o coste, deducibles o franquicias). Los nuevos copagos que se han empezado a aplicar en las dos últimas décadas en muchos países europeos, a diferencia de los tradicionales, son evitables y complementarios u opcionales (Drummond y Towse, 2012).

En el mundo de los copagos tradicionales, si la gratuidad favorece el sobreconsumo (riesgo moral), una posible medida es imponer un cierto precio para corresponsabilizar al usuario y que este frene su consumo. Por eso, una de las recomendaciones básicas para un buen sistema de copagos es que estos deben ser más altos cuanto mayor sea la probabilidad de que exista riesgo moral, y más bajos cuanto mayor sea la eficacia o valor terapéutico, pudiendo incluso ser nulos. Para que esta contribución privada no quiebre el objetivo de equidad hay que ser muy cuidadoso en el diseño de los copagos. Y aquí las reglas mínimas son dos: los copagos, en general, deben ser mode-

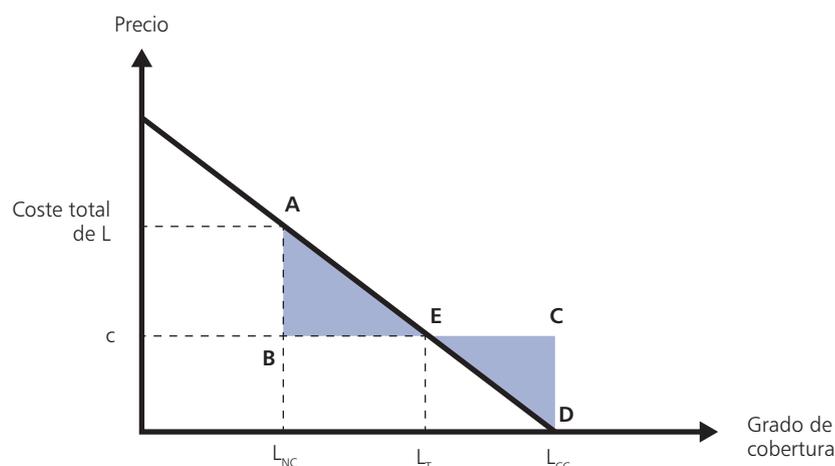
rados, y se deben establecer escalones y límites en función de la renta. Los problemas de eficiencia y de equidad imponen límites severos a este tipo de copagos (Puig-Junoy, 2014).

Las nuevas formas de copago responden a dos hechos de importancia creciente para la sostenibilidad de la sanidad pública con cobertura universal. En primer lugar, las decisiones sobre lo que se debe incluir o no dentro de la cobertura pública se basan cada vez más explícitamente en la disposición a pagar del seguro por mejoras incrementales en la salud y en la calidad de vida (Smith, 2013). Y, en segundo lugar, los precios, y los copagos entre ellos, se establecen de forma creciente según el valor de las nuevas tecnologías y medicamentos a partir de la evidencia científica, y se emplean como instrumento de gestión para incentivar a médicos y pacientes hacia una utilización sanitaria más coste-efectiva y de más valor. A este nuevo entorno corresponden copagos evitables y complementarios que adoptan diversas formas en la experiencia internacional.

## II. COPAGOS COMPLEMENTARIOS PARA PRESTACIONES EXCLUIDAS DE LA COBERTURA

En las dos últimas décadas, cada vez son más los países de renta media y alta que disponen

GRÁFICO 1  
ELECCIÓN DE TRATAMIENTO SEGÚN COBERTURA ASEGURADORA



Fuente: Traducido y adaptado de Einav et al., 2014.

de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos que utilizan la relación coste-efectividad incremental para decidir sobre la inclusión o exclusión de prestaciones de la cobertura aseguradora pública universal con escasos o nulos copagos (Drummond, 2012).

Los umbrales de coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC), ya sean explícitos o implícitos, se están utilizando para decidir sobre una cobertura binaria (Chalkidou y Anderson, 2009) en la que no se contempla la posibilidad de pagos adicionales de los pacientes (*top-up payments*).

El resultado de este tipo de decisiones de cobertura binaria que excluye la posibilidad de pago complementario del paciente (cobertura *non top-up*) es que los pacientes que prefieren este tratamiento deben pagar de su bolsillo el coste completo del mismo. En la práctica, cuando el tratamiento farmacológico forma parte de un proceso asistencial más complejo

(por ejemplo, visitas y pruebas hospitalarias, atención de efectos adversos graves —elevada toxicidad de tratamientos oncológicos—, seguimiento y pruebas clínicas, etcétera), la exclusión del mismo puede suponer un coste que va bastante más allá del medicamento, ya que si el paciente prefiere el que ha sido excluido deberá soportar el coste del proceso asistencial completo.

Entre este tipo de cobertura binaria *non top-up* y una cobertura generosa que no excluye ninguna innovación médica o farmacológica con beneficio marginal positivo, sea cual sea el coste incremental por AVAC (cobertura completa), se podría encontrar una cobertura pública basada en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura *top-up*).

Veamos una ilustración gráfica de los efectos de las decisiones

de financiación pública bajo estos tres tipos de cobertura (gráfico 1) en el caso en el que la demanda de un nuevo tratamiento es decreciente con el precio pagado por el paciente. Para simplificar, supongamos que un sistema de salud público y universal debe decidir sobre la financiación pública del nuevo tratamiento  $L$  cuya eficacia incremental respecto del tratamiento convencional, medida en AVAC, es nula o muy pequeña (por ejemplo, una mejora en variables clínicas intermedias que no se traduce en mayor esperanza ni calidad de vida).

Una evaluación económica y un estudio de impacto presupuestario nos permiten conocer el coste total del tratamiento  $L$  y el coste incremental del mismo respecto del tratamiento convencional. Sea  $c$  este coste incremental. La decisión de cobertura completa de  $L$  ( $L_{CC}$ ) supone un coste nulo para el paciente, en ausencia de copago, y una utilización que corresponde al punto  $D$  en el gráfico 1. Si el sistema de salud considera que el coste incremental de  $L$  es demasiado elevado y decide su exclusión (cobertura *non top-up*,  $L_{NC}$ ) ya que solo puede financiar la opción más coste-efectiva, el paciente que prefiera  $L$  deberá hacer frente al coste completo del mismo y la utilización será mucho menor (punto  $A$  del gráfico 1). Si el coste incremental de  $L$  es  $c$ , entonces la decisión de inclusión de  $L$  con cobertura completa ( $L_{CC}$ ) conduce a una pérdida de bienestar por exceso de utilización de  $L$  (área  $ECD$ ). En cambio, con la decisión de exclusión (cobertura  $L_{NC}$ ) se produce una pérdida de bienestar por infrutilización (área  $ABE$ ). ¿Qué ocurriría con una decisión de cobertura del tipo  $L_T$  que permite un copago complementario del paciente igual al coste incremental  $c$  (o a una fracción del

mismo)? En este caso, existe la posibilidad de que el nivel de utilización sea el correspondiente al punto E sin incurrir en las pérdidas de bienestar de  $L_{CC}$  y de  $L_{NC}$ .

Los copagos complementarios ya han provocado un encendido debate político en algunos países con sistema nacional de salud y con muy pocos copagos, como es el caso de Reino Unido. La discusión sobre este tipo de copagos estará presente en los sistemas de salud públicos y universales de manera creciente en la medida en la que se apliquen criterios de cobertura selectiva de medicamentos y de tecnologías médicas basados en la relación coste-efectividad. En realidad, los copagos adicionales no son algo ajeno a estos sistemas de salud: por ejemplo, nadie puede impedir que el paciente que lo valore y se lo pueda permitir pague de su bolsillo sesiones de fisioterapia que le ayuden a recuperarse de una intervención quirúrgica. Ello contrasta con la prohibición de copagos complementarios que supone aplicar una cobertura del tipo *non top-up* en la que estos copagos están prohibidos. En varios países, especialmente en Reino Unido, esta prohibición ha generado un intenso debate a raíz de la exclusión de la cobertura pública de tratamientos oncológicos de muy elevado coste y reducida o nula eficacia.

El informe encargado por el gobierno británico en 2008 al profesor Mike Richards concluía recomendando que se permitiera el pago privado de medicamentos manteniendo el derecho a la atención dentro del sistema público, siempre que la atención se llevara a cabo en instalaciones o servicios separados del resto de pacientes del sistema público (Richards, 2008). En 2009 el Departamento de Salud británico

asumió las recomendaciones del informe Richards (2008), lo cual supone que el paciente que desea hacer un pago privado complementario no pierde el derecho a la atención en el SNS (ya no tiene que elegir entre atención en el SNS o atención privada), pero sigue siendo aún una cobertura del tipo  $L_{NT}$  en la medida en que, por ejemplo, debe pagar el coste completo del medicamento excluido.

El debate político sobre este tipo de copagos complementarios es, al igual que el del copago tradicional, un terreno minado y muy controvertido (Weale y Clark, 2010). Los que están a favor ponen el acento en el hecho de que, en mayor o menor medida en cada país, ya existen copagos (por ejemplo, para las gafas o audífonos), por lo que sería inequitativo no permitirlos para problemas de salud más graves; asimismo, igualmente ya existen pagos complementarios privados en forma de terapias no cubiertas por el seguro público o realización de pruebas con pago privado para «agilizar» el diagnóstico en la siguiente visita al médico del sistema público. En cambio, los que se oponen a estos copagos del tipo *top-up* ponen el énfasis en la falta de equidad: dos tratamientos distintos para necesidades clínicas idénticas dentro del sistema público en función de la capacidad económica de los pacientes.

Las exclusiones de la cobertura pública y los copagos complementarios privados pueden dar lugar a una cobertura aseguradora privada paralela al seguro público (Weale y Clark, 2010) para tratamientos muy caros y considerados como no coste-efectivos desde la perspectiva del seguro público. Una elasticidad-precio reducida puede ayudar también a disciplinar a la industria farma-

céutica a la hora de fijar precios demasiado elevados para estas innovaciones (Van de Vooren *et al.*, 2013), si bien el desarrollo de un mercado de seguros privados puede aportar demanda adicional para los tratamientos situados por encima del umbral de la relación coste-efectividad. Esto podría ser visto, siempre que no se convierta en la finalidad de dualizar y reducir el alcance del seguro público, como una forma de concentrar los recursos públicos en aquellos tratamientos más necesarios y coste-efectivos y en aquellos pacientes con menos recursos y que no pueden pagarse un seguro complementario.

### III. COBERTURA ASEGURADORA BASADA EN EL VALOR

El diseño de copagos sanitarios no debe tener en cuenta únicamente el conflicto entre el riesgo financiero y la reducción del riesgo moral, el efecto barrera de acceso sobre los pobres o el impacto recaudatorio. Los copagos también se pueden diseñar de forma que influyan en el comportamiento de pacientes y médicos en la dirección adecuada desde el punto de vista de la salud. Es necesario tener en cuenta no solo la elasticidad-precio del servicio sanitario sobre el que se impone el copago sino también las elasticidades-precio cruzadas con otros servicios: el efecto compensación en forma de mayor gasto sanitario futuro (por ejemplo, por sustitución de medicamentos por visitas a urgencias e ingresos hospitalarios) puede llegar a tener un impacto negativo sobre el bienestar cuando se imponen copagos demasiado elevados, como se ha observado para pacientes con enfermedades crónicas (Gaynor *et al.*, 2007; Chandra *et al.*, 2010 y

2014;). Así, se podría incentivar a las personas con enfermedades crónicas mediante copagos reducidos, o incluso negativos (1), a cumplir con tratamientos efectivos y a adoptar estilos de vida más saludables que reduzcan el gasto sanitario futuro (posible ahorro) y mejoren su salud.

La evidencia empírica indica que ante copagos obligatorios y lineales en muchos casos los pacientes reducen tanto la atención

más necesaria como la menos necesaria (Chernew y Newhouse, 2008; Pauly, 2004, 2011 y 2012). Esto aconsejaría reducir o eximir de copago la atención de más valor sanitario. El análisis económico convencional y la economía del comportamiento conducen a una conclusión similar (Congdon *et al.*, 2011; Loewenstein *et al.*, 2012; Kunreuther y Pauly, 2014). Cuando los pacientes disponen de información imperfecta sobre el beneficio sanitario de los trata-

mientos, el interés se traslada de la elasticidad-precio de la demanda a la relación coste-efectividad de los tratamientos en la línea de las políticas de cobertura basada en el valor (Pauly y Blavin, 2008; Pauly, 2011 y 2012; Schokkaert y Van de Voorde, 2011). En cambio, si la información del paciente sobre el beneficio sanitario es perfecta, lo único importante es la elasticidad-precio; si la información es tan imperfecta que incluso con cobertura completa la

CUADRO N.º 1

**RESUMEN DE POLÍTICAS DE COPAGO BASADO EN EL VALOR EN ESTADOS UNIDOS Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)**

Área	Base para definir «valor»	País
<b>USO DE PROVEEDORES PREFERENTES</b>		
Pauta de utilización	Copago menor en el uso de proveedores preferentes (basado en un criterio de calidad o coste)	Holanda (algunos compradores), Suiza (planes de salud, normalmente solo con criterios basados en el coste), Estados Unidos (algunos compradores)
<b>MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA</b>		
Evaluación económica	Sin copago o con un copago bajo para medicamentos que demuestran ser coste-efectivos, copago mayor para medicamentos con un coste-efectividad menor	Estados Unidos (algunos compradores)
Valor terapéutico	Sin copago o con un copago bajo para medicamentos con elevada eficacia, copago mayor para medicamentos con una efectividad menor	Francia
Indicación clínica (medicamento)	Copago diferenciado según severidad de la enfermedad que trata el medicamento o según impacto sobre la salud pública	Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, España, Reino Unido, Estados Unidos (algunos compradores)
Indicación clínica (usuario)	El grado de copago depende de las condiciones clínicas del paciente que determinan el coste-efectividad del medicamento	Finlandia, Estados Unidos (algunos compradores)
Precio en relación con sustitutos idénticos	A igual calidad, los medicamentos de bajo coste (genéricos) se reembolsan a una tasa mayor que los más caros con el mismo principio activo	Precios de referencia (nivel 5 ATC): Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Italia, Holanda, Portugal, España, Estados Unidos (algunos compradores). Copago menor para medicamentos genéricos: Suiza, Estados Unidos (la mayoría de los compradores)
<b>PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>		
Participación	Esquemas de bonificación de los programas de prevención primaria y secundaria (bienestar) como programas para dejar de fumar o incentivar al ejercicio físico regular	Bélgica, Holanda, Alemania, Reino Unido (proyectos piloto), Estados Unidos (algunos compradores)
Estándares clínicos medibles	Incentivos financieros positivos para pacientes que consiguen un determinado estándar o resultado clínico	Estados Unidos (algunos compradores)

Fuente: Thomson *et al.*, 2013.

demanda es inferior a la eficiente, entonces la elasticidad es irrelevante. El objetivo del copago óptimo sería el de conseguir que en el uso de los servicios se elimine la sobreutilización (cuando el beneficio es inferior al coste) y que no existan necesidades no cubiertas (cuando el beneficio es superior al coste) (Pauly, 2004).

Una cobertura de seguro basada en el valor se fundamenta en que el seguro cubre de forma generosa, hasta alcanzar la gratuidad, aquellos servicios que tienen un mayor potencial de mejora de la salud de los pacientes según la evidencia científica

y que consiguen estas mejoras en salud con un coste modesto (Fendrick *et al.*, 2013).

Aunque la aplicación práctica de copagos basados en el valor no es tarea sencilla, existen en Estados Unidos y Europa numerosos ejemplos de utilización de coberturas basadas en el valor (Thomson *et al.*, 2013). En el cuadro n.º 1 se presenta un resumen de políticas de copagos basado en el valor aplicado en estos países. Las áreas principales de aplicación de estas medidas se encuentran en los incentivos a la elección de proveedores preferentes, en incentivos positivos a

la participación en programas preventivos (cuadro n.º 2) y en incentivos en la elección de medicamentos de dispensación en farmacias (cuadro n.º 3). En este último caso, los incentivos pueden estar relacionados con la relación coste-efectividad (Estados Unidos), o solo con el valor terapéutico (Francia) o la indicación clínica o el precio de medicamentos considerados equivalentes.

Los sistemas de precios de referencia con equivalencia terapéutica los podemos considerar como una forma bastante imperfecta de acercarse a un seguro basado en el valor. La diferencia

CUADRO N.º 2

**INCENTIVOS FINANCIEROS PARA FOMENTAR LA ADOPCIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS O CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)**

Tipo de incentivo	Ejemplos
<b>PARTICIPACIÓN</b>	
Inmunización	Alemania: efectivo u otras recompensas
Cribados	Alemania (ejemplo, Papanicolau anual): efectivo u otras recompensas Reino Unido (ejemplo, diagnóstico de clamidia): algunos compradores locales recompensan con vales para libros, iPods, etc.
Revisiones dentales	Alemania: adherencia anual a las revisiones durante un periodo de 5 años rebaja la tasa de copago del 50 al 30%; si es durante 10 años el copago baja hasta el 20%
Orientación e inicio de tratamiento en cáncer de intestino, cervix o mama	Alemania: el tope del pago directo se reduce del 2% de los ingresos familiares al 1%
Consultas preventivas	Bélgica: las reformas proponen ofrecer una consulta gratuita sobre prevención cada 3 años a los pacientes que se inscriban en el registro médico global (GMD) (también aplicable a hogares de renta baja)
Programas de prevención	Holanda: desde 2009 las aseguradoras pueden suprimir la franquicia inicial o deducible si los asegurados entran en programas de prevención de diabetes, depresión, enfermedades cardiovasculares, EPOC, sobrepeso; aunque hasta el momento solo aplica a los programas para dejar de fumar
Sesiones de ejercicio físico	Alemania: efectivo u otras recompensas
<b>BASADO EN OBJETIVOS</b>	
Conseguir objetivos específicos en índices de presión sanguínea, azúcar en sangre, colesterol y masa corporal en un año	Alemania: efectivo
Completar un programa para dejar de fumar	Holanda: desde 2009 las aseguradoras suprimen la franquicia inicial o deducible Reino Unido: algunas autoridades de salud dan vales para comprar comestibles a los participantes que pasen un test respiratorio de monóxido de carbono

Fuente: Thomson *et al.*, 2013.

CUADRO N.º 3

**COPAGO EN MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN AMBULATORIA BASADO EN EL VALOR TERAPÉUTICO Y LA INDICACIÓN CLÍNICA, EN ESTADOS UNIDOS Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)**

País	Niveles y criterios para copagos en varias partes
Bélgica	0%: Medicamentos vitales (como diabetes, cáncer, retrovirales) 25%: (15%), con un máximo de 10,80/7,20 euros y 16,10/10,80 euros cuando existen genéricos/copias: medicamentos importantes indicados para enfermedades que no ponen en riesgo la vida del paciente (como antibióticos, antiasmáticos, antihipertensivos) 50%: con un máximo de 13,50/8,90 euros y 24,20/16,10 euros cuando existen genéricos/copias: medicamentos menos importantes a nivel terapéutico para tratamientos sistemáticos (como antieméticos, espasmolíticos) 60%: sin máximo: medicamentos para enfermedades crónicas específicas (como enfermedades coronarias, antihistamínicos, vacunas. 80%: sin máximo: anticonceptivos y antiespasmódicos
Finlandia	0%: medicamentos para 34 enfermedades crónicas severas o enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente en las que la medicación es vital y efectiva (como diabetes, glaucoma, cáncer de mama, epilepsia) 28%: medicamentos para 10 enfermedades crónicas en las que la medicación es necesaria para mantener la salud (como hipertensión, asma, enfermedad coronaria, artritis reumatoide) 58%: tasa estándar de copago para medicamentos reembolsables
Francia	0%: medicamentos de prescripción ambulatoria que se consideren irremplazables y particularmente costosos (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable»); medicamentos para pacientes con 30 enfermedades crónicas (solo la medicación de estas enfermedades) 35%: medicamentos para enfermedades graves (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable») 65%: medicamentos para enfermedades benignas (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable», «moderado» o «bajo pero de reembolso justificable») 85%: medicamentos con valor terapéutico «insuficiente»
Grecia	10%: medicamentos para enfermedades incluidas en una lista (incluyendo tuberculosis y asma) 25%: resto de medicamentos
Islandia	0%: medicamentos para enfermedades que ponen en riesgo la vida (clase A) 65% o más: medicamentos para el asma, la hipertensión, la depresión (clase B) 80% o más: medicamentos para la artritis, menopausia, etc. (clase E) 100%: antibióticos, analgésicos, etc. (clase O)
Irlanda	0%: medicamentos para 15 enfermedades crónicas (solo la medicación de estas enfermedades)
Italia	0%: medicamentos esenciales, medicamentos para enfermedades crónicas (existe variación según regiones) 100%: resto de medicamentos
Noruega	0%: medicamentos para enfermedades contagiosas graves (como tuberculosis, sífilis, VIH/sida) y vacunas para enfermedades contagiosas 64%: en general solo para medicación de toma prolongada en enfermedades crónicas, definida como superior a 3 meses por año
Portugal	0%: medicamentos para diabetes, epilepsia, párkinson, cáncer, hormona del crecimiento y antidiuréticos, hemodiálisis, fibrosis quística, glaucoma, hemofilia, tuberculosis, lepra, VIH/sida 10%: medicamentos para enfermedades que ponen en riesgo la vida (categoría A) 31%: medicamentos esenciales para enfermedades listadas, como malaria e hipertensión (categoría B) 63%: todos los demás medicamentos con valor terapéutico probado (categoría C) 85%: nuevos medicamentos (categoría D) 100%: resto de medicamentos
España	10%: medicamentos para enfermedades crónicas listadas 40/50/60% para los demás medicamentos
Reino Unido (Inglaterra)	0%: todos los medicamentos de pacientes con 8 enfermedades crónicas (incluyendo diabetes), cáncer y discapacidades permanentes
Estados Unidos	Algunos compradores están experimentando con enfoques basados en el paciente para aplicar reembolsos diferenciados de medicamentos

Fuente: Thomson et al., 2013.

con un copago basado realmente en el valor estriba en el hecho de que el precio de referencia (aquí, precio basado en el valor) no se puede establecer de forma arbitraria en función del precio más bajo o el precio medio del mismo grupo de equivalencia sino en función del valor incremental del beneficio sanitario de cada producto frente a la disposición social a pagar por el mismo (Drummond y Towse, 2012).

A medida que en diversos países se avanza en la fijación de precios de nuevos medicamentos basada en el valor (umbrales de coste por AVAC), un posible nuevo rol para los copagos se encuentra en el copago complementario para los medicamentos con un precio superior al precio basado en el valor (Drummond y Towse, 2012), abriendo así espacio a las preferencias individuales heterogéneas cuando estas difieren de las valoradas en la disposición social a pagar (2). Un precio de referencia basado en un umbral de coste por AVAC que represente la disposición social a pagar supone un copago opcional o evitable para el paciente que debe pagar el sobrecoste de los tratamientos menos coste-efectivos. En este sentido, los copagos complementarios para tecnologías médicas y medicamentos incluidos en la cobertura pública, descritos en la sección anterior, no son más que un caso especial de copagos evitables basados en un precio de referencia establecido a partir del valor de la eficacia incremental (Garattini y Van de Vooren, 2013).

#### **IV. PAGANDO POR LO QUE ANTES ERA GRATIS: REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA**

El Sistema Nacional de Salud español (SNS) ha dispuesto hasta

mediados de 2012, con la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 (3), de una cobertura farmacéutica gratuita para pensionistas y sus dependientes, mientras los activos —salvo excepciones, como los funcionarios— debían pagar un 40 por 100 del precio de venta al público de las prescripciones farmacéuticas extrahospitalarias. En el caso de medicamentos indicados principalmente para enfermedades crónicas, se aplicaba un porcentaje de copago del 10 por 100, con un tope por prescripción. Por otra parte, no existían topes o techos en la cantidad máxima de aportación que debían realizar los individuos.

Los porcentajes nominales de coaseguramiento (40 y 10 por 100) permanecieron inalterados en las dos últimas décadas pese a que el copago efectivo medio había quedado en menos de la mitad desde los años ochenta (pasando del 15 por 100 en 1980 al 7 por 100 en 2009). La reducción de la participación efectiva en el copago vendría explicada por el progresivo envejecimiento de la población, el elevado número de medicinas con un copago del 10 por 100 y el consumo excesivo asociado al potencial riesgo moral (Puig-Junoy *et al.*, 2011).

En junio de 2012 se produce una reforma bastante profunda del sistema de copago sobre los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia, con tres tipos de políticas («tripago») que entran en vigor casi de manera concurrente entre finales de junio y comienzos de octubre de 2012 (Urbanos y Puig-Junoy, 2014). Se trata de: 1) la introducción temporal de un copago de 1 euro por receta con un máximo anual en Cataluña y Madrid, adoptando la forma de una tasa autonó-

mica, hasta su suspensión por el Tribunal Constitucional (BOE, 2014a y 2014b); 2) la reforma del copago estatal, que pone fin a la gratuidad extensiva a todos los pensionistas, haciéndoles pagar un 10 por 100 del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual, y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50 y el 60 por 100, dependiendo de su nivel de renta, y 3) la desfinanciación de un conjunto amplio de más de 400 medicamentos que suponen la mayor parte de determinados grupos terapéuticos, la mayoría indicados para síntomas menores.

En el cuadro n.º 4 se muestra la secuencia temporal de la aplicación en España y en algunas comunidades autónomas de estas tres medidas.

Lo positivo de la reforma —básicamente poner de relieve que universal no equivale a gratuito, en un contexto en el que España registraba uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo— se ha visto ensombrecido por ciertos aspectos mejorables. El primero es el trato diferencial, a igual renta y necesidad, de los activos con enfermedades importantes, ya que el porcentaje de copago es muy elevado y no se aplica ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, a pesar de pretenderlo, no es en función de la renta: lo es el porcentaje por envase, pero no lo que acaba pagando por sus medicinas quien más las necesita, ya que sabemos que el 50 por 100 del copago se acumula en el 5 por 100 de activos más enfermos (Puig-Junoy *et al.*, 2007). Y, en tercer lugar, la incapacidad de gestionar el límite máximo de los pensionistas en el momento de la dispensación no solo resulta bo-

CUADRO N.º 4

## COPAGO EN ESPAÑA A NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO: COMPARACIÓN DE REGULACIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA DE 2012

Medida de copago	Descripción	Implementación autonómica
Cambios en los porcentajes de copago en medicamentos a nivel nacional a partir del 1 de julio de 2012 (RD-L 16/2012)	<p><i>Antes de julio de 2012:</i> Pensionistas: exentos de todo copago No-pensionistas: copago del 40% del PVP (10% para medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas)</p> <p><i>Después de julio de 2012:</i> Población exenta: desempleados sin subsidio y beneficiarios con pensiones muy bajas Pensionistas: 10% copago del PVP con un tope mensual en función de la renta anual (8 o 18 euros); 60% copago para pensionistas con una renta anual igual o superior a 100.000 euros y con un tope mensual de 60 euros No-pensionistas: 40, 50 o 60% copago del PVP en función de la renta anual (sin tope mensual); 10% copago del PVP en medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas (con un máximo de 4,13 euros por receta) Regímenes especiales: 30% copago del PVP (sin distinción entre pensionistas/no-pensionistas) para mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial; 10% copago del PVP en el caso de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas</p>	<p>En todas las CC.AA. a partir del 1 de julio de 2012</p> <p>Excepciones: País Vasco: inicio de la aplicación un año después Cataluña: aplicado a no-pensionistas desde el 1 de agosto de 2012 y a pensionistas desde el de octubre de 2012</p> <p>Durante los primeros meses de vigencia algunas CC.AA. no pudieron implementar a tiempo real los topes de copago a los pensionistas. Estos debieron desembolsar el copago completo, aunque hubieran alcanzado el tope correspondiente, y reclamar el reembolso con posterioridad</p> <p>Excepciones: En algunas CC.AA. (por ejemplo, Cataluña y Andalucía) los topes del copago se implementaron a tiempo real y sin necesidad de reembolsos</p>
Desfinanciación de medicamentos a partir del 1 de septiembre de 2012 (RD-L 16/2012)	417 medicamentos indicados para el tratamiento de síntomas leves fueron excluidos de la lista de cobertura pública	En todas las CC.AA. desde el 1 de septiembre de 2012, sin excepciones
Nuevo copago de 1 euro por receta en dos CC.AA.	Todos los pacientes pagan 1 euro por receta con un máximo de 61 euros al año, con independencia de la renta Población exenta: beneficiarios de pensiones muy bajas	Cataluña: del 23 de junio de 2012 al 15 de enero de 2013 Madrid: del 1 de enero de 2013 al 29 de enero de 2013

Nota: PVP = Precio de venta al público.

Fuente: Traducido y adaptado de Puig-Junoy *et al.*, 2014.

chornosamente costosa, sino que inhabilita precisamente la función reductora del riesgo financiero de ese límite. Ahora bien, estas reformas han producido por primera vez en más de tres décadas una reducción espectacular del número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia.

En un estudio de la serie temporal de recetas y gasto para todo el Estado español desde enero de 2003 hasta agosto de 2013 (Antoñanzas *et al.*, 2014) se observa que el número de re-

cetas después de la reforma del copago es un 12,8 por 100 inferior al esperado sin intervención.

En el estudio de Puig-Junoy *et al.* (2014), se estiman 17 modelos de series temporales ARIMA univariantes, separados para cada comunidad autónoma, para el periodo comprendido entre enero de 2003 y julio de 2013. Se utiliza una predicción dinámica de estos modelos para estimar el contrafactual (número predicho de recetas en ausencia de las medidas de intervención) de cada comunidad autónoma. La varia-

ble de resultado es el impacto conjunto de las medidas adoptadas en cada comunidad calculado como la diferencia, expresada en porcentaje, entre el valor acumulado realmente observado de recetas a 3, 6, 12 y 14 meses, y el valor predicho por los respectivos modelos (contrafactual). Los resultados de este estudio ponen de relieve que después de un aumento rápido y continuo en el número de recetas dispensadas en España durante la última década, el número total de recetas se ha reducido drásticamente en más de un 20 por 100 después

de 14 meses de «tripago» en Cataluña, Valencia y Galicia; en más de un 15 por 100 en nueve regiones y en más del 10 por 100 en quince de las diecisiete comunidades autónomas (gráfico 2).

Otra contribución de este estudio ha sido la de proporcionar evidencia de la alta sensibilidad de la demanda de prescripción de medicamentos al precio, y sobre el hecho de que un pequeño copago lineal (1 euro por receta) tiene un gran impacto en el uso del medicamento. Los resultados de la explotación de las diferencias regionales en las políticas de copago también son consistentes con la hipótesis de que el primer euro de costo compartido tiene una gran repercusión en el consumo de fármacos (Ellis, 2012).

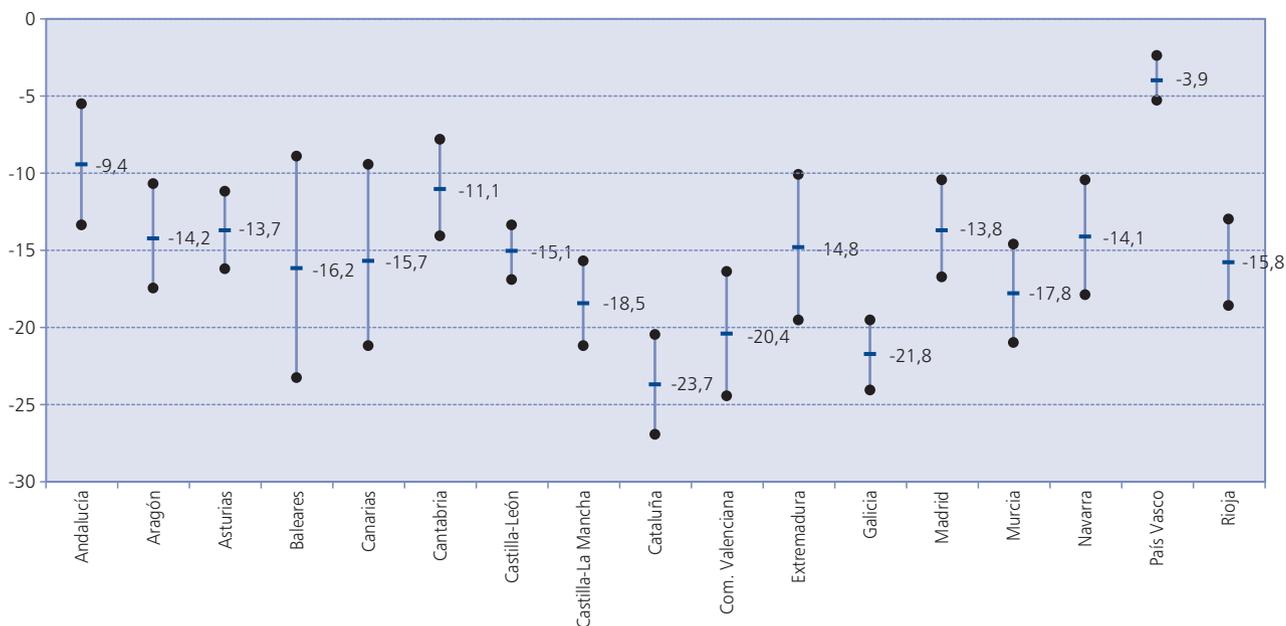
En Puig-Junoy *et al.* (2014) se detectaba una notable variabilidad interregional en el efecto del Real Decreto Ley 16/2012 sobre el número de recetas, porque su aplicación no ha sido uniforme (el País Vasco no aplicó el cambio de copago) y porque algunas comunidades autónomas establecieron copagos propios de 1 euro por receta (anulados por el Tribunal Constitucional posteriormente). Sin embargo, al final de la serie temporal se percibía cierto «agotamiento» del efecto del Real Decreto Ley, no concluyente en términos estadísticos en aquel momento.

Posteriormente los mismos autores (Rodríguez-Feijóo *et al.*, 2014) han analizado una serie temporal más larga del número

de recetas, hasta febrero 2014, mediante modelos ARIMA con regresiones segmentadas para cada una de las comunidades autónomas y para el total de España. Un resultado destacable de este trabajo es la limitación temporal del efecto del aumento de los copagos, que han reducido drásticamente pero puntualmente las recetas del SNS, sin variar la tendencia subyacente positiva anterior. Aunque el número total de recetas todavía es menor del que hubiera habido sin copago, en algunas comunidades y en el conjunto de España el efecto sobre las recetas desaparecerá por completo en unos años según las predicciones del modelo (seis para España). Los copagos impuestos a mediados de 2012 han conseguido reducir drásticamente pero puntualmente las recetas del SNS,

GRÁFICO 2

**IMPACTO ESTIMADO DE LOS CAMBIOS EN EL COPAGO ADOPTADOS EN JULIO DE 2012 DURANTE LOS PRIMEROS 14 MESES DE APLICACIÓN (JUNIO 2012/JULIO 2013)**  
(Porcentaje acumulado de reducción en el número de recetas)



Nota: Las líneas verticales indican el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia a partir de Puig-Junoy *et al.*, 2014.

que al no variar la tendencia subyacente positiva anterior, tienden a recuperar los niveles del pasado.

Vista la elevada sensibilidad al precio de las recetas, es urgente conocer cuáles han sido los grupos de pacientes y de medicamentos más afectados por esta drástica reducción, a fin de evaluar la potencial disminución del consumo excesivo atribuible a la gratuidad y su impacto sobre la adherencia a los tratamientos, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos y, en definitiva, sobre la salud (Urbanos y Puig-Junoy, 2014). En todo caso, no deja de sorprender el escaso conocimiento y desinterés de las autoridades sanitarias acerca del impacto de una medida de gran calado social (4) (en la línea castiza de «¿para qué perder el tiempo evaluando?»), ya que sabemos poco o nada sobre los mecanismos de decisión de paciente y médico a la hora de reducir las recetas dispensadas, y sobre sus efectos en el consumo necesario/inecesario, en la adherencia a los tratamientos, en el uso de otros servicios asistenciales o en la salud.

## V. CONCLUSIONES

Una agenda de reforma ordenada no puede huir de definir mejor el papel de las aportaciones de los usuarios. Si no se desea que el copago se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, debe tener un papel recaudatorio limitado. Siempre es preferible un copago evitable y basado en criterios de efectividad a un copago lineal y obligatorio (Smith, 2013; Puig-Junoy, 2013). Los copagos evitables, generalmente asociados a sistemas de precios de referencia de equivalencia química, farmacológica o terapéutica, se basan en hacer

pagar al paciente únicamente la diferencia entre el precio de venta de un medicamento y el de otro considerado equivalente o similar que es más barato (precio de referencia). De esta forma el paciente puede evitar el copago eligiendo el medicamento con el precio de referencia. Si el copago es obligatorio, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje de la renta (Alemania), y excluyendo a enfermos crónicos y personas sin capacidad económica (o reduciendo mucho su importe en estos casos). El coste de no tomarse medicinas efectivas, por ejemplo, tras un infarto, es demasiado elevado como para disuadir aún más a los pacientes imponiendo elevados copagos.

## NOTAS

(1) Existe evidencia del impacto positivo sobre la adherencia al tratamiento de incentivos financieros moderados (copago negativo) en tratamientos preventivos, como en el caso de la vacunación contra la hepatitis C en pacientes bajo tratamiento de deshabituación de la heroína (WEAVER *et al.*, 2014). En las enfermedades crónicas se ha observado que la gratuidad (copago nulo) es útil para mejorar la adherencia a tratamientos efectivos y necesarios, pero que incluso en este caso las tasas de adherencia siguen siendo bajas (CHOUDHRY *et al.*, 2011 y 2014).

(2) Si la mayoría de los asegurados estuvieran dispuestos a desembolsar elevados copagos complementarios, entonces esto sería señal de que el umbral de disposición a pagar del asegurador es demasiado bajo en relación a las preferencias sociales (DRUMMOND y TOWSE, 2012).

(3) Real Decreto Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril).

(4) Al respecto resultan ilustrativas las declaraciones de Rubén Moreno, doctor en Medicina y portavoz de Sanidad del Partido Popular en el Congreso de los Diputados, en contra de realizar una evaluación de la reforma del copago, ya que en su opinión ello «sería cuestionar la labor del facultativo» ([www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com)).

## BIBLIOGRAFÍA

- ANTOÑANZAS, F.; RODRÍGUEZ-IBEAS, R.; JUÁREZ-CASTELLÓ, C.A., *et al.* (2014), «Impacto del Real Decreto-ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico», *Revista Española de Salud Pública*, 88: 233-249.
- BOE núm. 135, de 4 de junio de 2014. Sentencia Tribunal Constitucional 71/2014, de 6 de mayo.
- BOE núm. 153, de 24 de junio de 2014. Sentencia Tribunal Constitucional 85/2014, de 29 de mayo.
- CHALKIDOU, K., y ANDERSON, G. (2009), «Comparative Effectiveness Research: International Experiences and Implications for the United States». *Academy Health*. Disponible en: [http://www.academyhealth.org/files/publications/CER\\_International\\_Experience\\_09%20\(3\).pdf](http://www.academyhealth.org/files/publications/CER_International_Experience_09%20(3).pdf).
- CHANDRA, A.; GRUBER, J., y MCKNIGHT, R. (2010), «Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly», *American Economic Review*, 100(1): 193-213.
- (2014), «The impact of patient cost-sharing on low-income populations: Evidence from Massachusetts», *Journal of Health Economics*, 33: 57-66.
- CHERNEW, M.E., y NEWHOUSE, P. (2008), «What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes?», *American Journal of Managed Care*, 14(7): 412-414.
- CHOUDHRY, N.K.; AVORN, J.; GLYNN, R.J., *et al.* (2011), «Full coverage for preventive medications after myocardial infarction», *New England Journal of Medicine*, 365: 2088-2097.
- CHOUDHRY, N.K.; BYKOV, K.; SHRANK, W.H., *et al.* (2014), «Eliminating medication copayments reduces disparities in cardiovascular care», *Health Affairs*, 33(5): 863-870.
- CONGDON, W.J.; KLING, J.R., y MULLAINATHAN, S. (2011), *Policy and Choice. Public finance through the lens of behavioral economics*, Brookings Institution Press, Washington.
- DRUMMOND, M. (2012), «Twenty years of using economic evaluations for reimbursement decisions. What have we achieved?». *Center for Health Economics Research Paper n.º 75*, Universidad de York.
- DRUMMOND, M., y TOWSE, A. (2012), «Is it time to reconsider the role of patient copayments for pharmaceuticals in Europe?», *European Journal of Health Economics*, 13(1): 1-5.
- EINAV, L.; FINKELSTEIN, A., y WILLIAMS, H. (2014), «Paying on the margin for medical care: Evidence from breast cancer treatments». *NBER Working Paper n.º 20.226*, Cambridge.

<p>ELLIS, R.P. (2012), «Five questions for health economists», <i>International Journal of Health Care Finance and Economics</i>, 12: 217-233.</p> <p>FENDRICK, A.M.; BUXBAUM, J., y WESTRICH, K. (2013), «Supporting consumer access to specialty medications through value-based insurance design». Center for Value-Based Insurance Design, Universidad de Michigan. Disponible en: <a href="http://www.sph.umich.edu/vbidcenter/publications/pdfs/2014-vbid-specialty-medications-npc-final-web.pdf">http://www.sph.umich.edu/vbidcenter/publications/pdfs/2014-vbid-specialty-medications-npc-final-web.pdf</a>.</p> <p>GARATTINI, L., y VAN DE VOOREN, K. (2013), «Could co-payments on drugs help to make EU health care systems less open to political influence?», <i>European Journal of Health Economics</i>, 14(5): 709-713.</p> <p>GAYNOR, M.; LI, J., y VOGT, W.B. (2007), «Substitution, spending offsets, and prescription drug benefit design», <i>Forum for Health Economics &amp; Policy</i>, 10(2): art. 4.</p> <p>KUNREUTHER, H., y PAULY, M.V. (2014), «Behavioral economics and insurance: principles and solutions». Working Paper n.º 2014-01, The Wharton School, Universidad de Pennsylvania.</p> <p>LOEWENSTEIN, G.; ASCH, D.A.; FRIEDMAN, J.Y., et al. (2012), «Can behavioural economics make us healthier?», <i>British Medical Journal</i>, 344: e3482.</p> <p>PAULY, M.V. (2004), «Medicare drug coverage and moral hazard», <i>Health Affairs</i>, 23(1): 113-122.</p> <p>— (2011), «Insurance and the demand for medical care», en S. GLIED y P. SMITH, <i>The Oxford Handbook of Health Economics</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 354-379.</p> <p>— (2012), «Insurance and drug spending», en P. DANZON y S. NICHOLSON, <i>The Oxford Handbook of The Economics of the Biopharmaceutical Industry</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 336-393.</p> <p>PAULY, M.V., y BLAVIN, F. (2008), «Moral hazard in insurance, value-based cost sharing,</p>	<p>and the benefits of blissful ignorance», <i>Journal of Health Economics</i>, 24(27): 1407-1417.</p> <p>PUIG-JUNOY, J. (2013), <i>Paying for free healthcare. The role of prices in our healthcare decisions</i>, Libros del Lince, Barcelona.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; CASADO, D., y GARCÍA, G. (2007), «L'impacte distributiu del finançament dels medicaments a Catalunya». Servei Català de la Salut, Barcelona. Disponible en: <a href="http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/impacte_distributiu_finan_med.pdf">http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/impacte_distributiu_finan_med.pdf</a>.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; GARCÍA-GÓMEZ, P., y CASADO-MARÍN, D. (2011), «Free medicines thanks to Retirement: moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS». Tinbergen Institute Discussion Paper n.º 108/3. Amsterdam.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S., y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014), «Paying for Formerly Free Medicines in Spain after 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions», <i>Applied Health Economics and Health Policy</i>, 12(3): 279-287.</p> <p>RICHARDS, M. (2008), «Improving access to medicines for NHS patients: A report to the Secretary of State for Health». Disponible en: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandguidance/DH_089927">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandguidance/DH_089927</a>.</p> <p>RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S.; PUIG-JUNOY, J., y LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014), «¿Qué políticas de control del gasto público en medicamentos son más efectivas? Análisis de una década de experiencias en España». Mimeo, julio de 2014.</p> <p>SCHOKKAERT, E., y VAN DE VOORDE, C. (2011), «User charges», en S. GLIED y P. SMITH, <i>The Oxford Handbook of Health Economics</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 327-353.</p>	<p>SMITH, P.C. (2005), «User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency», <i>Journal of Health Economics</i>, 24: 1018-1029.</p> <p>— (2013), «Universal health coverage and user charges», <i>Health Economics, Policy and Law</i>, 8: 529-535.</p> <p>TAMBOR, M.; PAVLOVA, M.; WOCH, P., et al. (2011), «Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries», <i>European Journal of Public Health</i>, 21: 585-590.</p> <p>THOMSON, S., y MOSSIALOS, E. (2010), «Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries». Commonwealth Fund Pub. 1384, vol. 82. Disponible en: <a href="http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf">http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf</a>.</p> <p>THOMSON, S.; SCHANG, L., y CHERNEW, M.E. (2013), «Value-based cost sharing in the United States and elsewhere can increase patients' use of high-value goods and services», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32(4): 704-712.</p> <p>URBANOS, R., y PUIG-JUNOY, J. (2014), «Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios», <i>Gaceta Sanitaria</i>, 28(1): 81-88.</p> <p>VAN DE VOOREN, K.; CURTO, A., y GARATTINI, L. (2013), «Optional co-payments on anti-cancer drugs», <i>British Medical Journal</i>, 346: 349.</p> <p>WEALE, A., y CLARK, S. (2010), «Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments», <i>Health Economics, Policy &amp; Law</i>, 5(2): 225-246.</p> <p>WEAVER, T.; METREBIAN, N.; HELLIER, J., et al. (2014), «Use of contingency management incentives to improve completion of hepatitis B vaccination in people undergoing treatment for heroin dependence: a cluster randomised trial», <i>The Lancet</i>, 384: 153-163.</p>
---	---	--