

*DOCUMENTO EN PROCESO DE EDICION*

## LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL

Núria Mas

Laia Cirera

Guillem Viñolas

El Centro Sector Público-Sector Privado es un centro de investigación adscrito al IESE. Su misión es impulsar investigación académica que analice la relación entre el sector económico privado y las administraciones públicas prioritariamente en los siguientes campos: regulación y competencia, innovación, economía regional y política industrial, y economía de la salud.

Los resultados de la investigación se difunden a través de publicaciones, foros y coloquios. Con todo ello, se desea abrir una puerta a la cooperación y al intercambio de ideas e iniciativas.

Son patronos del Centro SP-SP las siguientes entidades:

- Accenture
- Ajuntament de Barcelona
- Departament d' Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya
- Departament d' Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya
- Diputació de Barcelona
- Endesa
- Fundació AGBAR
- Institut Català de les Indústries Culturals
- Mediapro
- PricewaterhouseCoopers
- Sanofi Aventis
- ATM, FGC y TMB

El contenido de esta publicación refleja conclusiones y hallazgos propios de los autores y no refleja necesariamente las opiniones de los patronos del Centro.

# LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL\*

Núria Mas<sup>1</sup>

Laia Cirera<sup>2</sup>

Guillem Viñolas<sup>2</sup>

## Resumen

La crisis actual y los elevados déficits públicos han reabierto el debate sobre la sostenibilidad de un sistema de salud que cuesta ya el 9'5 por ciento del PIB español. En este contexto el copago ha reaparecido como la solución de moda para tratar de paliar el actual déficit sanitario.

En este informe hemos revisado los distintos modelos de copago sanitario existentes actualmente en los países Europeos, EE.UU. y Canadá para entender cuáles son sus consecuencias –no sólo para la utilización de los servicios sanitarios sino también para la salud de la población– y sacar conclusiones de cuál sería su mejor fórmula y diseño. Para hacerlo hemos explorado la literatura empírica existente sobre los efectos de los distintos tipos de copago en estos países. Nos interesa entender las implicaciones del copago como mecanismo para *promover el buen uso* de los servicios sanitarios por parte del paciente y no como forma de recaudación. Por eso, nuestro análisis de la literatura se ha centrado en el copago que recae sobre los servicios donde la decisión, en España, es del usuario como lo son las visitas a urgencias o al médico de familia y también el consumo de medicamentos. Estos son los principales resultados:

Primero, en todos los casos analizados, el copago ha conllevado una reducción en la utilización de los servicios sanitarios. Además, el copago supone un reto importante ya que impacta en la toma de decisiones de utilización de servicios por parte del paciente, que no es experto en sanidad y puede cometer errores, pudiendo reducir el consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como poco valiosos para su salud. Se trata, pues, de encontrar el diseño donde los servicios que se dejen de consumir sean los menos beneficiosos para la salud del ciudadano.

Segundo, en *promedio*, el copago no parece traducirse en un peor estado de salud de la población. Pero hay dos importantes excepciones: los pacientes de rentas más bajas y los pacientes de alto riesgo (por ejemplo, pacientes crónicos).

Tercero, los pacientes no reaccionan de la misma manera en todos los servicios. Por ejemplo, la demanda, en general, es más sensible al precio en caso de servicios preventivos que en el caso de enfermedades agudas.

Cuarto, comparando las experiencias internacionales de copago en primaria y en urgencias, encontramos por un lado, que un copago únicamente en primaria puede llevar al paciente a utilizar más los servicios de urgencias por querer ahorrarse el coste, pudiendo aumentar así el gasto para el sistema. Por otro lado, el copago en atención primaria puede conllevar una reducción en el uso de medidas preventivas (revisiones periódicas, etc.), mientras que el copago en general no parece reducir el uso de las urgencias en situaciones realmente críticas.

*Finalmente, el copago es sólo una herramienta más que se puede utilizar para ayudar a racionalizar el gasto en sanidad, pero no la única. En ningún caso puede sustituir una reforma más profunda del sistema que permita dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas de un envejecimiento de la población y de un cambio en la composición de la morbilidad.*

Con estas lecciones en mano, podemos concluir que, en caso de optar por el copago, éste no debería de ser indiscriminado, sino que sería aconsejable diferenciar entre pacientes y también entre servicios. Éste debería tener en cuenta la renta de la población, protegiendo las rentas más bajas y también incorporar alguna fórmula para limitar el gasto máximo de los pacientes (cláusula “stop loss”, por ejemplo). Su diseño, pues, debería ser distinto del que actualmente tiene el copago en los medicamentos, que es independiente de la capacidad económica del ciudadano. También parece más óptimo ponerlo para el uso de los servicios de urgencias que para el acceso a la atención primaria. En cualquier caso, un copago en primaria debería de ir acompañado también de un copago para el uso de las urgencias (para evitar la sustitución del médico de familia por los servicios de urgencias). Además, existe evidencia a favor de un copago diferencial por tipo de servicio (por ejemplo, más bajo o nulo para la medicina preventiva o por las revisiones periódicas).

\* Ésta es una adaptación del artículo de investigación titulado “The Health and Utilization Effects of Copayments”. A literature review of experiences in Europe, US and Canada”

<sup>1</sup> Profesora Agregada de Economía, IESE

<sup>2</sup> Asistente de Investigación, IESE

## LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL

### 1. INTRODUCCIÓN

La crisis actual y los elevados déficits públicos han reabierto el debate sobre la sostenibilidad de un sistema de salud que ha alcanzado ya el 9.5 por ciento del PIB español. En las últimas décadas, el gasto público en sanidad ha crecido a un mayor ritmo que el PIB en los países de la Unión Europea<sup>2</sup>. Esta trayectoria se ha acentuado con la reciente recesión: el gasto en salud de España pasó de representar el 8,5 por ciento del PIB en 2007, al 9 por ciento en 2008 y hasta el 9,5 por ciento en 2009.

La tendencia creciente del gasto sanitario y la crisis de deuda actual han llevado muchas voces a postular el copago como principal herramienta para tratar de paliar el problema. Una implementación responsable del copago requiere plantearnos las siguientes preguntas: primero, ¿qué efecto tiene esta disminución de la utilización de los servicios sanitarios sobre la salud de la población?. Segundo, ¿cómo cambian estos efectos con las características de los pacientes y qué tipo de servicios de salud (necesarios y menos necesarios) disminuyen más con la introducción del copago?. Y, finalmente, ¿qué forma va a tener el copago?.

En este artículo vamos a revisar primero algunos hechos empíricos sobre el gasto en salud y después a presentar los resultados obtenidos al analizar los estudios empíricos de la literatura existente sobre el impacto del copago a partir de las experiencias de otros países europeos y los Estados Unidos.

### 2. ALGUNOS HECHOS EMPÍRICOS SOBRE EL GASTO SANITARIO:

- 1- *Las estadísticas internacionales nos indican que a medida que un país se enriquece la proporción de su renta (pública y privada) destinada a salud aumenta.*

La Figura 1 del apéndice pone de manifiesto la relación positiva entre el gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita para los países de la OCDE. Esta tendencia se repite por todos los tipos de países (ricos y pobres), de sistemas de salud (públicos y privados) y también para un país a lo largo del tiempo (Figura 2). Así pues, en el futuro es más que probable que destinemos una proporción aún mayor de nuestro PIB al gasto sanitario (algunas estimaciones hablan de un 15 por ciento en 2050).

Esta tendencia se ve agudizada por el envejecimiento de la población, que conlleva un incremento en la tasa de dependencia y en la composición de la enfermedad. Hoy la tasa de dependencia (personas menores de 16 o mayores de 64 años / personas en edad de trabajar) en España es del 47.8 por ciento y se estima que en el 2049 puede llegar a representar casi el 90 por ciento (61 por ciento por parte de personas mayores de 64 y 29 por ciento menores de 16)<sup>3</sup>, presionando aún más las finanzas públicas. La composición de la morbilidad también ha cambiado. Hace unos años los sistemas sanitarios de las economías avanzadas experimentaron una gran transformación pasando de centrarse en enfermedades contagiosas a tratar enfermedades agudas. Hoy tienen que enfrentarse al tratamiento de las enfermedades crónicas, que suponen ya entre un 60 y un 80 por ciento de la utilización de los servicios sanitarios.

La introducción de nuevas tecnologías juega también un papel importante en el incremento del gasto sanitario. Las estimaciones más conservadoras<sup>4</sup> les atribuyen más de la mitad del incremento en el gasto en salud. La proliferación de nuevos medicamentos, procedimientos médicos, y nuevos tratamientos se ha acelerado en los últimos años (gráficos 1a y 1b) y ha dado lugar a un fuerte incremento del gasto sanitario, en

---

<sup>2</sup> OECD Statistics

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadística, Proyección de Población a Largo Plazo.

<sup>4</sup> Newhouse, en su artículo de 1992 “Medical care cost, how much welfare loss?” ya estimaba que más de la mitad del crecimiento en el gasto en salud era debido a las nuevas tecnologías. Cutler y McClellan en “The determinants of technological change in heart attack treatments” (1996) atribuían casi el 60 por ciento del incremento del gasto en el tratamiento de problemas cardiovasculares a las nuevas tecnologías.

parte debido, y eso no hay que obviarlo, a que ahora podemos tratar enfermedades para las que antes no había solución médica posible.

Este incremento del peso del gasto sanitario irá muy probablemente acompañado de un mayor nivel de exigencia de los ciudadanos que querrán saber con más insistencia si este gasto adicional vale la pena. Más aún si tenemos en cuenta que los recursos destinados a salud estarán compitiendo con los que podamos destinar a pensiones, por ejemplo.

Por tanto, la pregunta relevante ya no es cuanto gastamos sino en qué estamos gastando. ¿Estamos consiguiendo la mejor salud que podríamos conseguir con los recursos que le estamos dedicando?

## 2- Hay espacio para mejorar.

El primer ejemplo de la existencia de posibilidades de mejora es el *Dartmouth Atlas of Health Care*, que revela que más del 70 por ciento de las diferencias en el uso de muchos procedimientos en las distintas áreas de salud de los Estados Unidos no se pueden explicar por ninguna diferencia de edad, ingresos, etc. de sus poblaciones ni por variaciones en la prevalencia de enfermedades. España está realizando experimentos similares con los *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*, que confirman la existencia de diferencias relevantes en el tratamiento de ciertas enfermedades. También para el caso español Peiró et al (2010) encuentran variaciones significativas en la frecuentación de urgencias entre las distintas comunidades autónomas.

El segundo ejemplo son algunos datos de los Estados Unidos que recoge Cutler (2010) como los siguientes: alrededor de un tercio del gasto sanitario americano no se traduce en mejor salud o que el 20 por ciento de los pacientes hospitalizados por episodios agudos son readmitidos en menos de 30 días. Además, un estudio realizado por el RAND pone en evidencia que aún en los casos donde hay acuerdos sobre el protocolo recomendado, en los Estados Unidos sólo el 55 por ciento de los pacientes acaba recibiendo los cuidados avalados por los standards generales científicamente probados.

En un reciente estudio de la OCDE Gay et al. (2011) establecen un ranking de países estimando las muertes que se podrían haber evitado con una atención sanitaria efectiva. El país con una menor mortalidad evitable<sup>5</sup> es Francia, mientras que España se encuentra en el número 10 de 31. Erlandsen (2011) compara la eficiencia de un grupo seleccionado de hospitales de varios países de la OCDE. Sus resultados estiman que hay diferencias de alrededor de un 30 por ciento entre los hospitales estudiados.

## 3- Gestionar bien los pacientes crónicos es fundamental para la solvencia de los sistemas de salud

El gasto sanitario de los pacientes crónicos supone entre el 70 y el 80 por ciento del gasto sanitario. En los EE.UU. los pacientes con al menos una enfermedad crónica utilizan el 85 por ciento<sup>6</sup> y en el Reino Unido el 80 por ciento de las visitas a primaria y el 66 por ciento de las admisiones a urgencias corresponden también a este grupo de pacientes<sup>7</sup>. Por tanto la correcta gestión de las enfermedades crónicas se ha convertido en una variable estratégica clave para nuestros sistemas de salud.

Además, la encuesta nacional de salud pone de manifiesto que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta sustancialmente a partir de los 65 años, de manera que con nuestra pirámide de población su relevancia para la sostenibilidad del sistema muy probablemente va a aumentar.

---

<sup>5</sup> Los autores diferencian entre “amenable mortality” y “avoidable mortality”. La primera es la que mencionamos en el artículo. La segunda se refiere a las muertes debidas a enfermedades prevenibles o tratables en un sistema de salud.

<sup>6</sup> “Chronic Care: making the case for ongoing care”; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Robert Wood Johnson Foundation, 2010.

<sup>7</sup> “Chronic disease management: a compendium of information. London, Department of Health, 2004.

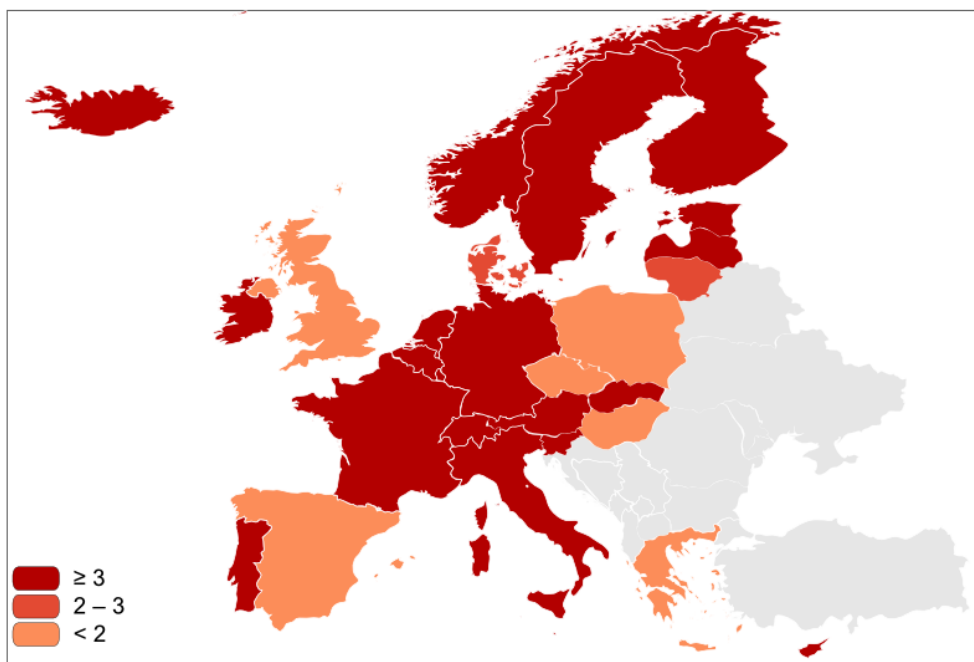
### 3. EL COPAGO EN LOS SISTEMAS EUROPEOS.

Estos tres hechos ponen de manifiesto que, a medio largo plazo, muy probablemente el gasto en sanidad de las economías avanzadas habrá aumentado tanto por las nuevas tecnologías, que suponen más de un 50% del incremento en el gasto<sup>8</sup>, como por el cambio en la composición de la población.

Ante esta realidad y dadas las existentes presiones presupuestarias, las economías avanzadas están adoptando todo tipo de medidas de contención del gasto público. Éstas pueden optar por intervenir en la demanda -trasladando una parte del coste de los servicios sanitarios al paciente- o en la oferta –priorizando prestaciones, cambiando los incentivos a los proveedores, protocolizando e, incluso, repensando todo el sistema para que se adapte a las nuevas necesidades demográficas-. A nuestro entender, los sistemas sanitarios de las economías avanzadas tienen, pues tres opciones que no son excluyentes: (1) promover un cambio de modelo que intente aprovechar los espacios para mejorar y que mejore la eficiencia en el gasto respondiendo a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos. Se trata de entender no sólo qué funciona en sanidad (qué es eficiente) sino también por qué; protocolizando las mejores prácticas e integrando la atención primaria y la especializada, (2) priorizar prestaciones, acotando la lista de servicios que cubre la sanidad pública y (3) extender el copago.

*Gráfico 1*

*El copago en Europa. Número de áreas con copago*



*Elaboración propia a partir de la tabla anterior : OCDE, Comisión Europea, OMS, HiT Country Profiles (European Observatory on Health Systems and Policies) MISSOC Info Bulletin 2005 - Health Care: User charges (Comision Europea).*

Los pacientes de todos los países Europeos (Fig 3 y Tabla 1) participan ya en menor o mayor medida en el pago de los medicamentos y sólo España, Grecia, Dinamarca y el Reino Unido no lo han extendido a los servicios sanitarios. Pero sólo los británicos con el National Institute for Health and Clinical Excellence

<sup>8</sup> Newhouse, en su artículo de 1992 “Medical care cost, how much welfare loss?” ya estimaba que más de la mitad del crecimiento en el gasto en salud era debido a las nuevas tecnologías. Cutler y McClellan en “The determinants of technological change in heart attack treatments” (1996) atribuían casi el 60 por ciento del incremento del gasto en el tratamiento de problemas cardiovasculares a las nuevas tecnologías.

(NICE) y los suecos, han establecido unas agencias para canalizar la financiación pública hacia el gasto sanitario más eficiente. El País Vasco está tomando iniciativas más atrevidas, rediseñando el sistema de salud pensando en los crónicos, facilitando la integración de primaria y atención especializada e involucrando más al paciente. Estados Unidos también lo está intentando a través de las ACOS (Accountable Care Organizations).

*Tabla 1  
El copago en Europa*

País	Atención Primaria	Atención especializada	Atención Hospitalaria	Farmacia
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí
Chipre	Sí	Sí	Sí	Sí
Dinamarca	Sí	Sí	X	Sí
Eslovaquia	Sí	Sí	Sí	Sí
España	X	X	X	Sí
Estonia	Sí	Sí	Sí	Sí
Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	X	X	X	Sí
Holanda	X	Sí	Sí	Sí
Hungría	X	X	Sí	Sí
Irlanda	Sí	Sí	Sí	Sí
Islandia	Sí	Sí	Sí	Sí
Italia	X	Sí	Sí	Sí
Letonia	Sí	Sí	Sí	Sí
Lituania	X	X	Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	Sí
Malta	Sí	Sí	Sí	Sí
Noruega	Sí	Sí	Sí	Sí
Polonia	X	Sí	Sí	Sí
Portugal	Sí	Sí	Sí	Sí
Reino Unido	X	X	X	Sí
R. Checa	X	X	Sí	Sí
Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí
Suiza	Sí	Sí	Sí	Sí

#### **4. PREDICCIONES SOBRE LOS EFECTOS DEL COPAGO**

Los seguros de salud implican dos tipos *de riesgo moral*: por un lado, los pacientes que están completamente asegurados, tienden a ser menos cuidadosos con su salud (menos medidas preventivas, o peores estilos de vida, por ejemplo). Por otro lado, como “cuesta cero” en el momento de su consumo, el paciente puede tender a sobreconsumir los servicios de salud.

*En este contexto la principal justificación del copago es contribuir a racionalizar el gasto sanitario, moderando su consumo y con el reto de conseguir que los servicios que se dejan de consumir sean los que menos afecten a la salud del paciente. El copago puede tener también una aportación adicional,*



*contribuyendo a aumentar la recaudación para financiar el sistema sanitario, pero la justificación aquí, teniendo en cuenta la teoría de la tributación óptima, es más complicada.*

En este trabajo nos vamos a centrar en analizar las experiencias internacionales del copago desde la perspectiva de racionalización del gasto, no recaudatoria. En este sentido, la ventaja principal del copago es que, corresponsabilizando a los ciudadanos de parte del gasto en salud, estos son más conscientes y lo tienen más en cuenta en el momento de decidir. La desventaja es precisamente esta: que como el que decide es el paciente, éste se puede equivocar ya que no es un experto en salud. Destaca el ya clásico estudio del *Rand Health Insurance Experiment* en Estados Unidos, que entre 1971 y 1982 asignó unas 2.750 familias entre seguros de salud con distintos copagos. Sus resultados ponen de manifiesto que los pacientes reducen el consumo tanto de los servicios que los expertos consideraban médicamente efectivos como de los que eran menos efectivos e, incluso, inefectivos (Lohr et al., 1986).

Con estas premisas, pues, ya podemos empezar a caracterizar los distintos sistemas de copago que nos pueden interesar. Primero, si el objetivo es la racionalización del gasto corresponsabilizando al paciente, el copago relevante es el que se pone en algún tipo de servicio cuya utilización dependa de la decisión de los ciudadanos. Por tanto, no estamos hablando de copagos por la restauración hospitalaria ni por días de estancia en el hospital ni tampoco por las visitas a especialistas ya que estas decisiones no son tomadas por el usuario en España. Segundo, se trata de encontrar la forma de copago que sea menos susceptible de tener un impacto negativo sobre la salud, dada la falta de experiencia de los pacientes y la diferencia en sus necesidades así como en sus posibilidades económicas (enfermos crónicos y/o de renta baja).

## **5. METODOLOGÍA**

Este estudio presenta los resultados obtenidos al analizar la literatura sobre el efecto del copago en los distintos países de la OCDE. El objetivo es aprovechar la gran variedad existente entre los distintos diseños de copago para poder entender sus consecuencias no sólo sobre la utilización de los servicios sanitarios sino también sobre la salud de la población.

Vamos a analizar si la evidencia muestra que el copago tiene distintas implicaciones según el nivel de renta de los pacientes o según sus dolencias (por ejemplo, sobre pacientes con enfermedades crónicas, que pueden necesitar utilizar los servicios sanitarios con más frecuencia). También nos vamos a centrar en el efecto que este tiene sobre aspectos como el cumplimiento del tratamiento o la prevención. Como ya hemos indicado, nos vamos a concentrar en el impacto del copago sobre la utilización de los servicios de salud, cuya decisión está en manos del paciente.

Hemos recurrido tanto a la búsqueda manual como a la electrónica (PubMed, EconLit y Sciencedirect) para localizar estudios empíricos sobre el copago y su impacto sobre la utilización y la salud de los pacientes. Hemos utilizado combinaciones de palabras clave como “copayment”, “cost-sharing”, “compliance”, “poor”, “chronic”, “drug”, “emergency”, “preventive care”. Dos de los artículos encontrados consistían ya en una revisión de la literatura: Adams et al. (2001) y Rice y Matsuoka (2004). El primero se centra solamente en las recetas médicas para los EE.UU. El segundo amplía su análisis a otro tipo de servicios sanitarios y evalúa el impacto del copago sobre el uso y la salud de los pacientes, pero se centra sólo en Estados Unidos y Canadá y no incluye ninguna experiencia europea, ni presta especial atención a la prevención. Utilizando este criterio de selección, hemos analizado 36 artículos, 9 de los cuales incluyen experiencias europeas y sólo 17 tenían información sobre el impacto en la salud de la población.

La contribución de este estudio es doble: por un lado, abarca un horizonte temporal mayor -hasta el 2010- y se ha extendido también a las experiencias Europeas, que aportan gran diversidad. Por otro lado también ampliamos las referencias sobre el impacto del copago en varios tipos de servicios, separando los estudios analizados en función del tipo de servicio sanitario al que se le aplica el copago. Además, los estudios centrados en la experiencia europea, en muchos casos, suelen basarse en cambios que afectan a todo el sistema. De esta manera se elimina en muchos casos la preocupación bastante generalizada sobre los resultados de estudios basados en experiencias de los EE.UU. donde los pacientes se pueden auto-seleccionar

en distintos tipos de seguro. Los pacientes más sanos, suelen preferir planes de salud más baratos, pero con más copago, mientras que los pacientes que prevén utilizar los servicios con más frecuencia suelen decantarse hacia seguros más caros, pero con un copago menor o nulo. De esta manera, los resultados obtenidos comparando distintos tipos de seguro, pueden tener un sesgo debido a que los pacientes que se comparan pueden ser distintos. Esto es menos probable en los sistemas europeos, donde la mayoría de cambios estudiados afectan a toda la población.

## 6. RESULTADOS

Este es un resumen de los resultados encontrados en el estudio de Mas et al (2011).

Hasta la fecha, los resultados de referencia siguen siendo los aportados por el *Rand Health Insurance Experiment* en Estados Unidos, que entre 1971 y 1982 asignó unas 2.750 familias entre seguros de salud con distintos copagos. Sus resultados resaltan, primero, que un mayor copago en promedio no se traduce en una peor salud de la población. Segundo, que hay dos excepciones: los pacientes de alto riesgo (hipertensos, con problemas de corazón, etcétera) y los más pobres, que se verían perjudicados por un mayor copago. Tercero, que cuando los pacientes pagan parte del coste cometen muchos errores y no saben priorizar, de manera que acaban reduciendo su consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como de los menos valiosos para su salud. La única excepción son los servicios de urgencias, donde el copago no pareció reducir su uso en situaciones realmente urgentes.

También hay que tener en cuenta que, aunque la literatura existente es bastante extensa, muchos de los estudios se basan en experiencias internacionales muy concretas y con un diseño muy específico de copago. Finalmente, también se sabe que el efecto del copago es distinto cuando este se introduce que cuando un copago ya existente se incrementa.

### Impacto del copago en el uso de servicios de salud

Todos los estudios analizados han encontrado evidencia de que el copago repercute en la utilización de los servicios de salud y en el consumo de medicamentos. Éste es especialmente relevante en el caso de las rentas más bajas y las poblaciones más vulnerables.

20 de los artículos examinados, nos permiten, además, explorar el impacto del copago sobre el uso de distintos tipos de servicios y de medicamentos.

*En general el análisis de la literatura sugiere que el copago reduce el consumo adecuado de medicamentos –los que han sido prescritos por un médico- y también el uso adecuado de servicios de salud, aunque la evidencia sobre el uso de servicios es más escasa y muy variada, de forma que las conclusiones son menos consistentes, aunque suelen ir en la dirección de una menor disminución en las visitas y consumo de medicamentos relacionados con enfermedades agudas y más impacto en la prevención.*

Blustein (2001) y Adams et al. (2001) encuentran que la introducción de copago en medicamentos, reduce el uso de antihipertensivos en los EE.UU. La evidencia sobre el impacto en el cumplimiento con el tratamiento es también muy extensa y, en general, indica que éste se ve negativamente afectado por el copago (Cox et al, 2001; Steiner; 2001; Yoon et al., 2001; Atella et al.2005). Además, Atella et al (2001) encuentran también que el menor cumplimiento con el tratamiento aumenta las hospitalizaciones y la mortalidad en Italia. Cabe destacar dos estudios sobre la implantación del copago en Canada: Tamblyn et al (2001) encuentran que este reduce el consumo de medicamentos como anti-depresivos o medicamentos para el Parkinson y el tiroidismo). Analizando el mismo cambio, Blais et al. (2001) no encuentran ningún efecto de la introducción del copago sobre el consumo de medicamentos para enfermedades cardíacas.

Aunque el copago reduce la utilización de todo tipo de servicios, en general su impacto es menor en el caso de enfermedades agudas o de tratamientos más esenciales y es más alto para las visitas preventivas y para los tratamientos menos esenciales. Por ejemplo, Blustein (1995) encuentra que el copago en los EE.UU. redujo el número de mamografías recomendadas. Van Bliet Rene (2001), analizando el caso holandés, encuentra que la sensibilidad al precio de las visitas al médico era muy alta para las visitas al fisioterapeuta y

más baja para las visitas a especialistas, mientras que las visitas al médico de familia se encontraban en el medio. Cherkin et al (1990), mirando el efecto del copago en los EE.UU. encontraron que un copago de \$5 por visita reducía un 14 por ciento las revisiones médicas, pero no afectaba de forma significativa las vacunaciones infantiles, ni los test de detección de cáncer en mujeres ni el consumo de medicamentos cardíacos. *Recomiendan que en caso de implantar un copago en la atención primaria no se aplique de forma indiscriminada para cualquier tipo de servicio preventivo y se mantenga la gratuidad para aquellos que son considerados como esenciales.*

Busch et al. (2006) analizan el impacto de la política llevada a cabo por Alcoa que afectó a una parte de su plantilla de trabajadores. Eliminó el copago para los cuidados preventivos, incrementando al mismo tiempo el copago para otros servicios (servicios hospitalarios y servicios externos). Los resultados muestran que disminuyeron los costes sanitarios (5%), manteniendo el uso de los servicios más importantes para la salud de los trabajadores (preventivos). Finalmente, Duarte (2010) encuentra que en Chile, los pacientes responden más al copago en el caso de tratamientos electivos (visitas a domicilio, al psicólogo y las revisiones periódicas) que a los servicios agudos (apendicitis, fracturas de brazo o colecistectomías)

#### Efectos del copago sobre la salud de la población

18 de los artículos analizados, se refieren a resultados directos del efecto del copago sobre salud de la población. 5 miran directamente su impacto sobre la mortalidad mientras que otros analizan el efecto sobre hospitalizaciones evitables y también sobre la salud en general.

En general, y confirmando los resultados del Rand Experiment, en promedio el copago no parece traducirse en una peor salud de la población, aunque aquí, los resultados son menores y presentan una gran variación, de manera que las conclusiones son menos robustas.

2 de los cinco estudios (Doerscher 2000 y Lichtenberg 2001) encuentran que el copago aumenta la probabilidad de mortalidad en los mayores para el caso de los EE.UU, pero analizan el caso de individuos que han sufrido un ataque al corazón. El resto de estudios no encuentra en general un efecto sobre la salud de la población. Duarte (2010) no encuentra ningún efecto significativo del copago sobre la salud para el caso de Chile. Cherkin (1990), tampoco para los EE.UU. Von Korff (2003) en un estudio sobre el copago en el Estado de Washington concluye que éste no afectó el control glicérico de los diabéticos.

Algunos resultados también apuntan hacia un efecto más negativo del copago para la salud de las poblaciones más vulnerables (Austvoll-Dahlgren et al. 2008; Westhoff et al. 2004).

Un área específica sobre la que hay un extenso debate son las visitas a **urgencias**, debido a la masificación existente y la percepción de que es, en los servicios de urgencias, donde hay una mayor utilización inapropiada. Hay amplio consenso y evidencia que la introducción de copagos en los servicios de urgencias hace disminuir el uso de los mismos (Cherkin et al. 1989, O'Grady et al. 1985), no obstante, el punto esencial a investigar es el impacto que estos copagos pueden tener en el nivel de salud de la población. Sin ir más lejos, este hecho se apunta muy claramente en el RAND HIE en el que se destaca que los pacientes que tenían que hacer frente a un copago eran dos tercios veces más sensibles al precio que los que disponían de un plan libre de copagos.

Un estudio retrospectivo con datos de Kaiser Permanente en los EE.UU: (Selby et al, 1985), muestra que el incremento de copagos en urgencias de 5-10\$ a 25-35\$ produjo una disminución de las visitas en un 15%. No obstante, no hubo ningún impacto perceptible en términos de salud. Otro estudio (O'Grady, 1985) realizó un experimento aleatorio y asignó a los individuos a programas con distintos niveles de copago (0, 25, 50, 95). Los resultados muestran que el grupo de personas sin copago usaron los servicios de urgencias un 42% más que las personas con un 95% de copago, y aproximadamente un 16% más que aquellas personas con un 25% de copagos. No obstante, no se observó ningún afecto adverso en términos de salud. Un estudio mas reciente (Hsu et. al, 2006) analiza datos de Kaiser Permanente-Northern California y encuentra que con la

introducción de copagos más elevados en 2000, el número de visitas a urgencias disminuyó, pero nuevamente, el copago no tuvo ningún impacto negativo en la salud de los individuos.

En Europa, el informe de Thomson, Mossialos y Jemai (2002) recoge algunas experiencias interesantes. En Finlandia, donde se introdujo un copago modesto para las visitas a urgencias de una unidad de traumatología pediátrica, las visitas descendieron entre un 18% (para niños más pequeños) y un 27% (para los niños más mayores). El descenso afectó tanto a las visitas serias como a las leves. Otro estudio en Irlanda encontró que las visitas a urgencias disminuyeron con la introducción de un copago, tanto las “apropiadas” como las inapropiadas, lo que tuvo efectos adversos sobre el control de la presión arterial y la supervivencia de pacientes de alto riesgo.

## **7. CONCLUSIONES:**

La crisis actual y la estructura demográfica de nuestra población están poniendo una fuerte presión sobre el estado del bienestar y, muy en particular, sobre el gasto sanitario. En este contexto el copago ha reaparecido con fuerza. Sin embargo, ésta no es la única alternativa para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. Numerosas experiencias internacionales han puesto ya de manifiesto que las intervenciones por el lado de la oferta – rediseñar el sistema, aumentando la integración de los servicios, priorizar prestaciones, establecer protocolos....- suele tener mayores y mejores resultados tanto en el gasto como en el nivel de salud de la población, que actuar por el lado de la demanda.

Dado el apremio con el que se ha reabierto el debate, creemos que es importante aprender de las variadas experiencias de los países europeos con la finalidad de poder encontrar el mejor diseño posible, uno que consiga moderar el consumo, reduciendo en la menor medida posible los servicios de más valor para la salud. *Las opciones son muchas, pero las soluciones correctas son menos y mirar las experiencias internacionales nos puede ayudar a encontrarlas.* Con esta finalidad, en este artículo, hemos analizado la literatura empírica existente sobre las experiencias de copago en los EE.UU., Canadá y Europa.

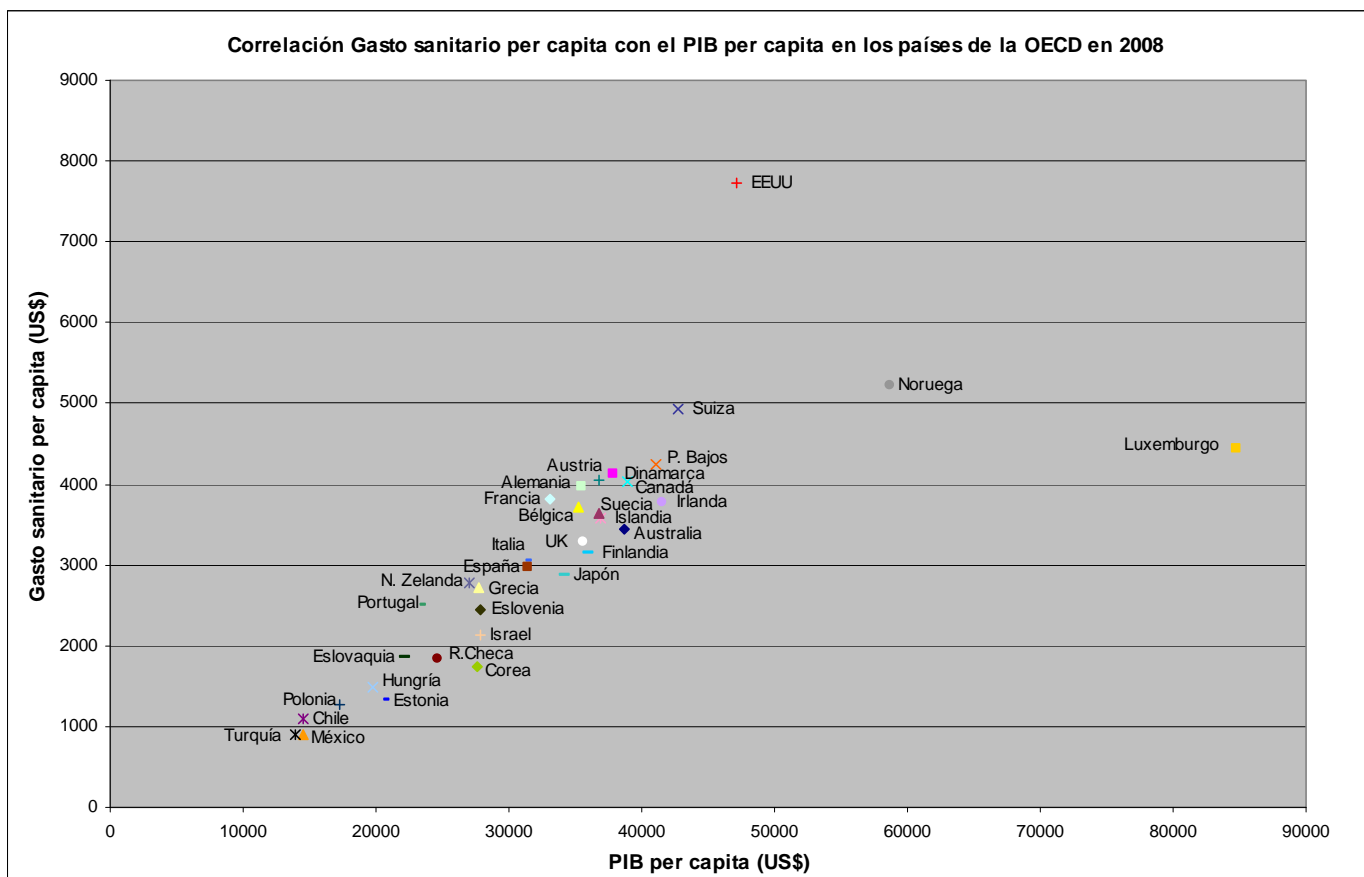
## REFERENCIAS

- Aaserud M, Dahlgren AT, Kösters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H. (2006) "Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies." *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 19;(2):CD005979. Review.
- Ahlamaa-Tuompo J, Linna M, Kekomaki M. (1997) "Copayment and demand for care in pediatric traumatology. Results of a natural, partially controlled experiment", *Annu Meet Int Soc Technol Assess Health Care Int Soc Technol Assess Health Care Meet.*; 13: 111.
- Artiga S, Rousseau D, Lyons B, Smith S & Gaylin DS. (2006) "Can States Stretch The Medicaid Dollar Without Passing The Buck? Lessons From Utah", *Health Affairs*, 25, no. 2 532-540
- Atella V, Peracchi F, Depalo D. & Rossetti C. (2006) "Drug compliance, co-payment and health outcomes: Evidence from a panel of Italian patients" *Health Economics*. 15: 875–892
- Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud <http://www.atlasvpm.org/avpm/>
- Barron J, Wahl P., Fisher M., Plauschinat C. (2008) "Effect of prescription copayments on adherence and treatment failure with oral antidiabetic medications." *P T*. Sep;33(9):532-53.
- Beck, R. (1974): "The effects of copayment on the poor", *Journal of Human Resources*, 9, 129–142.
- Bishop CE, Ryan AM, Gilden DM, Kubisiak J, Thomas CP. (2009) "Effect of an Expenditure Cap on Low-Income Senior's Drug Use and Spending in a State Pharmacy Assistance Program." *Health Services Research* 44. 9 : 1010-1028
- Carl E. Hopkins, Milton I. Roemer, Donald M. Procter, Foline Gartside, James Lubitz, Gerald A. Gardner and Marc Moser, "Cost-Sharing and Prior Authorization Effects on Medicaid Services in California: Part II: The Providers' Reactions" *Medical Care* Vol. 13, No. 8 (Aug., 1975), pp. 643-647 (article consists of 5 pages)
- "Chronic disease management: a compendium of information", *London, Department of Health*, 2004.
- Cockx B, Brasseur C. (2003) "The demand for physician services. Evidence from a natural experiment" *Journal of Health Economics*, 22: 881-913
- Cole JA, Norman H, Weatherby LB, Walker AM. (2006) "Drug copayment and adherence in chronic heart failure: effect on cost and outcomes." *Pharmacotherapy*.;26(8):1157–64.
- Cutler, D. "Where are the Healthcare entrepreneurs?" *NBER Working Paper* #16030.
- Cutler, D. and M. McClellan (1996). "The determinants of technological change in heart attack treatments," *NBER Working Paper*, No.5751.
- Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. (1990) "The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO", *Inquiry* 27: 24-38.
- Chiappori P, Durand F and Geoffard PY. (1998) "Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment" *European Economic Review*, 1998, 42 (3-5), pp. 499-511.
- Dartmouth Atlas of Health Care <http://www.dartmouthatlas.org/>
- Erlandsen, E. (2007), "Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance", *OECD Economics Department Working Papers* #555, OECD Publishing.
- Feldstein, M. S. (1971) "Hospital cost inflation: A study of nonprofit price dynamics," *American Economic Review* 60:853–872.
- Gay, J.G. et al. (2011) "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries", *OECD Health WP* #55.
- Hsu J, Price M, Brand R, Ray GT, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. (2006) "Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study", *Health Services Research*. October; 41(5): 1801–1820
- Kowalski, Amanda E. (2009) "Censored Quantile Instrumental Variable Estimates of the Price Elasticity of Expenditure on Medical Care." *NBER Working Paper* 15085.
- Lexchin J, Grootendorst P. (2004) "Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence." *Int J Health Serv*; 34:101-22.

- Lohr, K. N., R.H. Brook, C. J. Kamberg, G. A. Goldberg, A. Leibowitz, J. Keese, D. Reboussin and J. P. Newhouse (1986) "Effect of cost-sharing on use of medically effective and less effective care" *Medical Care* 24 (supplement): S31-38
- Manning, Willard G, et al. (1987) "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". *The American Economic Review* Vol. 77, No. 3, June
- Newhouse JP. (1993) "Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment", *Cambridge, MA: Harvard University Press*. ISBN 0-674-31846-3. [Paperback edition, 1996: ISBN 0-674-31914-1.]
- Newhouse, J. (1992) "Medical care costs: How much welfare loss," *Journal of Economic Perspectives*.
- Mas, N. et al. "The Health and Utilization Effects of Copayments". A literature review of experiences in Europe, US and Canada; *mimeo*
- Nolan B. (1993) "Economic incentives, health status and health services utilization", *Journal of Health Economics*. Jul;12(2):151-69.
- O'Brien B. (1989) "The effect of patient charges on the utilisation of prescription medicines." *Journal Health Economics*. Mar;8(1):109-32.
- O'Grady K F, Manning W G, Newhouse J P, Brook R H. (1985) "The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use." *New England Journal of Medicine*; 313(8):484-90
- Peiro et al. (2010) "Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud" *La Gaceta Sanitaria*
- Philipson TJ, Mozaffari E, Maclean JR. (2010) "Pharmacy cost sharing, antiplatelet therapy utilization and health outcomes for patients with acute coronary syndrome." *Am J Manag Care*. Apr;16(4):290-7.
- Scitovsky, A. A., and N. Snyder. (1972): "Effect of coinsurance on use of physician services", *Social Security Bulletin*, 35(6), 3-19.
- Selby JV, Fireman BH, Swain BE. (1996) "Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization." *New England Journal Medicine*, 334:635- 641.
- Tamblyn R., et al., (2001) "Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons," *Journal of the American Medical Association*, 285(4): 421-429, January.
- Thompson, S., Mossialos, E., Jemai, N. (2003) "Cost sharing for health services in the European Union", *Report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment and Social Affairs*. European Observatory on Health Care Systems, London School of Economics,
- Van De Voorde C., Van Doorslaer E. & Schokkaert E. (2001) "Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand," *Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 10(5), pages 457-471.
- Van Vliet, R. C. J. A. (2001) "Effects of Price and Deductibles on Medical Care Demand" *Estimated from Survey Data, Applied Economics*, 33: 1515-1524.
- Von Korff M, Oliver M, Fishman P, Burbank J. (2008) "Cost-Sharing for Low-Income Workers: Health Insurance in the On-Your-Ownership Society" *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* - Volume 19, Number 4, November, pp. 1229-1240
- Westhoff G, Listing J, Zink A. (2004) "Out-of-pocket medical spending for care in patients with recent onset rheumatoid arthritis". *Z Rheumatol* 63: 414-24.
- Winkelmann, R. (2004) "Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment," *Health Economics*, 13, 1081-1089.
- Yoon J & Ettner SL, (2009) "Cost-Sharing and Adherence to Antihypertensives for Low and High Adherers" *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE* VOL. 15, NO. 11 833-839.

Figura 1

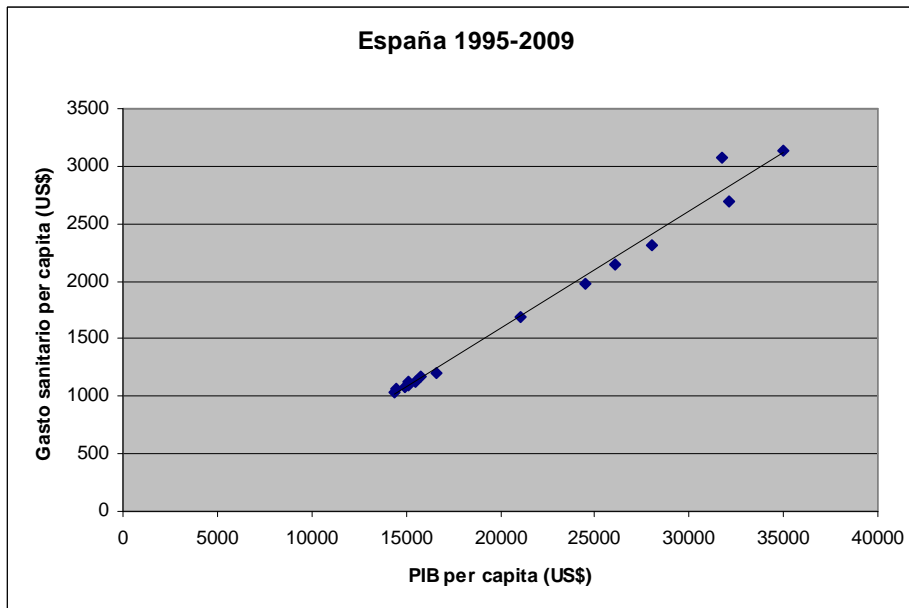
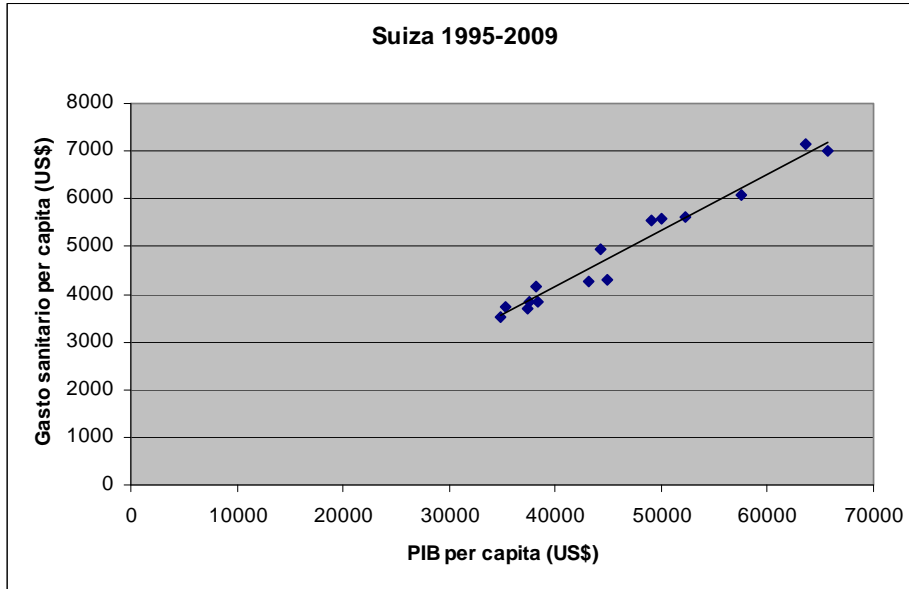
Relación entre el gasto en salud per cápita y el PIB per cápita en los países de la OCDE (2008)



Fuente: OECD Health Data, 2008

Figura 2

La relación entre el gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita a lo largo del tiempo



Fuente: Base de datos del Banco Mundial