

proponiendo sistemas de VBP para el caso de los medicamentos innovadores.

En el contexto actual de restricciones presupuestarias existen otros incentivos que afectan a los proveedores y pueden logra reducir el gasto sanitario global que se deben tener en cuenta también. Por ejemplo, sistemas de financiación capitativa ajustada por morbilidad [15] y sistemas de riesgo compartido con la industria farmacéutica, los hospitales y los facultativos, involucrando a estos actores en la toma de decisiones responsable sobre el acceso, uso y gasto en relación con el sistema de salud. Como proponen otros autores el copago no debe ser una medida aislada [7].

Referencias

1. Drummond M, Towse A. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe? *European Journal of Health Economics*, 13(1), 1-5 (2012).
2. Pauly MV, Blavin FE. Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance. *Journal of Health Economics*, 27(6), 1407-1417 (2008).
3. Zeckhauser R. Medical Insurance - Case Study of Tradeoff Between Risk Spreading and Appropriate Incentives. *Journal of Economic Theory*, 2(1), 10-26 (1970).
4. Chalkley M, Robinson R. Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective (Office of Health Economics, London, 1997).
5. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health-Insurance and The Demand for Medical-Care - Evidence from A Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77(3), 251-277 (1987).
6. Mas N, Cirera L, Viñolas G. Los sistemas de copago en Europa Estados Unidos y Canada: Implicaciones para el caso español. (Ed.^(Eds) (IESE Business School, Barcelona, (2012))
7. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *European Journal of Health Economics*, 15(8), 813-828 (2014).
8. Van de Voorde C, Van Doorslaer E, Schokkaert E. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Econ.*, 10(5), 457-471 (2001).
9. Contoyannis P, Hurley J, Grootendorst P, Jeon SH, Tamblyn R. Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *Health Econ.*, 14(9), 909-923 (2005).
10. Simonsen M, Skipper L, Skipper N. Price Sensitivity of Demand for Prescription Drugs: Exploiting A Regression Kink Design. *Journal of Applied Econometrics*, n/a-n/a (2015).
11. Kim JY, Ko SK, Yang BM. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy*, 72(3), 293-300 (2005).
12. Espin J, Rovira J. Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe. (Ed.^(Eds) (Escuela Andaluza de Salud Pública/European Commission, 2007)
13. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290 (1999).
14. Claxton K, Briggs A, Buxton MJ et al. Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? *Bmj Open*, 336(7638), 251-254 (2008).
15. Vivas-Consuelo D, Uso-Talamantes R, Guadalajara-Olmeda N, Trillo-Mata JL, Sancho-Mestre C, Buigues-Pastor L. Pharmaceutical cost management in an ambulatory setting using a risk adjustment tool. *BMC health services research*, 14, 462 (2014).

...Et contra

El copago sanitario: una visión crítica!
(por Francesc Higón Tamarit, Departament d'Economia Aplicada, Universitat de València)

Las cifras son evidentes. En los años venideros el gasto del sistema de salud seguirá subiendo y en un plazo relativamente cercano podría superar el 10% del PIB español. Si a ello le añadimos el actual entorno económico que bajo el paraguas de la llamada "austeridad" ha llevado a las políticas de recorte del gasto social, tiene cierta lógica que las autoridades se preocupen por la tendencia alcista de esta partida de gasto.

Tengamos además en cuenta, que desde hace varias décadas los avances tecnológicos en materia de salud (plasmados en nuevos medicamentos, procedimientos médicos y tratamientos) se han caracterizado por meter presión adicional sobre la evolución del gasto en salud, si bien es cierto que no está probado que esta sea una tendencia imparable.

Consideremos también que la evolución demográfica, con un notable problema de envejecimiento de la población, va a llevar a cambios en las pautas de

morbilidad, en especial con un aumento de las enfermedades crónicas, asociadas en bastantes casos a las personas de edad avanzada, pero también a la mayor probabilidad de supervivencia de los enfermos que las padecen.

El contexto relatado exige políticas que mejoren la eficiencia del gasto público para lograr con los recursos disponibles los mejores resultados en la salud de las personas.

Lógicamente los enfoques posibles son dos. El enfoque basado en la demanda y que se ha centrado en el uso del copago como elemento desincentivador de determinados comportamientos que potencian el problema del comportamiento del gasto, en especial causando una sobreutilización de los servicios relacionados con la salud, incluyendo en esta cuestión el uso de los productos farmacéuticos. El otro es el enfoque de la oferta, modificando el sistema de salud para que ofrezca sus servicios de un modo más eficiente.

Si planteamos el problema en base a la habitual contraposición entre lo público y lo privado es obvio que el copago es el enfoque de lo privado, del mercado, poner precio a lo que no lo tenía para utilizando dicho precio desincentivar el uso (excesivo) de un bien o servicio. Mientras que las reformas en la prestación del servicio corresponderían al enfoque de lo público, al análisis de las peculiaridades de la prestación de los servicios sobre la salud y a como modificar dicha prestación buscando obtener la mayor ganancia de eficiencia posible.

En este contexto, y pensando en un problema socialmente muy sensible, como es la salud, no se debe de perder de vista los efectos sobre la equidad de las medidas tomadas y en ese sentido hay que considerar que las ganancias en eficiencia que traigan asociadas desigualdades deberán ser analizadas con extremo cuidado.

Una vez fijadas todas estas consideraciones podemos comenzar a hablar de los posibles efectos del copago. En primer lugar porque en España ya está puesto en marcha ni más ni menos

que desde 1966, concretamente el copago farmacéutico, con unos resultados que desde el punto de vista del efecto buscado, reducir el consumo de medicamentos al menos a niveles comparables al de otros países de nuestro entorno, podemos calificar de inefectivo. De hecho sólo las medidas tomadas desde 2010 parecen haber frenado la tendencia alcista siendo modestas las modificaciones en el sistema de copago y mas notables los cambios asociados al uso de los medicamentos genéricos, cuestión que se escapa al alcance de estas reflexiones.

Otro elemento importante, especialmente si la cuestión de la eficiencia del gasto es un elemento central en el análisis, es el hecho del notable incremento de gasto que puede representar la introducción del copago en otras esferas sanitarias, dado que el sistema en estos momentos no está preparado para que los usuarios del servicio de sanidad abonen importe alguno por los servicios recibidos ni los prestadores del servicio tiene los medios ni la infraestructura necesaria para llevar a cabo dicho cobro. Por tanto sin una estimación previa del coste de introducción es muy arriesgado introducir una medida con efectos inciertos en materia de modificación de comportamientos y con costes esperables muy elevados en materia de implementación. Lo que sí es indudable que a mayor número de peculiaridades del servicio a tomar en cuenta: edad, presencia de enfermedades crónicas, situación socioeconómica, nivel de renta,... mayor será el coste de implementación y gestión del sistema.

Un elemento que todavía no he introducido en mis reflexiones es el de los efectos de la equidad derivado de aplicar un mecanismo de copago. Debo decir –en todo caso- que el diseño del mecanismo puede paliar algunos de los impactos que voy a comentar si bien es cierto que el coste de los sistemas de copago que tienen en cuenta a los colectivos más sensible sería, sin duda, muy elevado.

Los análisis que podemos encontrar muestran en común una serie de damnificados por el sistema de copago, estos se suelen agrupar en dos colectivos, las personas de renta baja (frecuentemente, pero no siempre, personas con bajo nivel cultural) y los enfermos crónicos (no siempre, pero normalmente concentrados en las personas de la tercera edad). Evidentemente una sociedad que considera como elemento central proteger a los colectivos más desfavorecidos plantearía un sistema de copago en el que dichos colectivos estuvieran exentos o, en todo caso, su pago fuese muy marginal, aunque el coste de diseño de un modelo así fuese muy costoso. Lo que resulta más curioso es que aquellos que defienden el uso del copago incidan de forma generalizada en el hecho de que las expectativas de mayor aumento del gasto en el futuro se centra precisamente en dichos colectivos, con lo cual probablemente queden fuera del impacto disuasorio del copago precisamente aquellos colectivos a los que se quiere desincentivar para que no hagan un sobreconsumo de los servicios de salud.

No quisiera terminar sin hacer una reflexión sobre otro de los argumentos centrales para defender el modelo de

copago, la idea de que los usuarios del servicio de salud en nuestro país hacen un consumo excesivo de servicios de salud y, en concreto de medicamentos. Resulta peculiar el acento que se pone en este argumento cuando los medicamentos son prescritos por los médicos y por tanto el control del sobreconsumo parece lógico que se haga desde el lado de la oferta, reduciendo el número de medicamentos prescritos. Prescribir medicamentos y pretender que haciendo pagar a los usuarios el consumo será menor no parece tener demasiado sentido. Se supone que el médico prescribe lo que el paciente necesita y por tanto castigarle en su dolencia haciéndole pagar por ello es algo difícil de defender. Analizar el motivo por el cual los médicos son tan generosos en sus prescripciones sí sería una opción inteligente para controlar dicha partida de gasto.

En todo caso, remarcar que si considero central una racionalización del gasto público en salud, pero opino que dicha reorganización sería mucho más eficiente y probablemente tendría efectos menos negativos sobre la equidad si se llevará a cabo incidiendo sobre la oferta, más que sobre la demanda.

10.- La Política Económica en el *Social Science Citation Index* (I): Revistas especializadas en Política Económica en general

(por Raúl de Arriba Bueno, Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Valencia)

La creciente presión administrativa para que canalicemos nuestra producción científica a través de la publicación en revistas indexadas en algunas bases de datos, especialmente las recogidas en el *Journal Citation Report* del *Social Science Citation Index*, han convertido a éstas en algo parecido a agencias certificadoras de la calidad de nuestro trabajo investigador en Política Económica. Las acreditaciones para diferentes categorías de profesorado universitario por parte de la ANECA y la evaluación sexenal de la actividad investigadora por la CNEAI depende casi exclusivamente de publicar o no estas revistas. Las repercusiones que tiene lograr una evaluación positiva de la actividad investigadora o sexenio son tremendamente relevantes, más desde la aprobación del Decreto-Ley 14/2012 que vincula las obligaciones docentes del profesorado con la posesión de