

## DOCUMENTOS SEMFYC

# Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios

### Grupo de Trabajo semFYC: Copago.

\*Coordinación: J. Gené Badía, A. Planes Magriña, I. Berraondo Zabalegui, A. Gorroñoigoitia, J.J. Palacios, E. Sevilla y M. Sáez

### Introducción

El copago es una de las medidas más controvertidas de las propuestas para la mejora de la eficiencia de nuestro sistema sanitario. Suele despertar acaloradas discusiones de políticos, gestores y profesionales del sector. Las argumentaciones de los debates a favor de su implantación o eliminación dentro de nuestro sistema sanitario acostumbra a basarse más en posiciones ideológicas que en las escasas evidencias disponibles.

Este documento aborda brevemente los principales conceptos sobre el copago, su finalidad y los efectos que su introducción puede producir sobre la población que recibe asistencia. Desea contribuir al debate técnico sobre la conveniencia o no de la aplicación de las medidas de copago en nuestro Servicio Nacional de Salud (SNS).

Los autores, a pesar de expresar sus propias opiniones, han considerado y revisado la bibliografía disponible para valorar los efectos que la introducción de medidas de copago podrían producir en el acceso y uso de los servicios de salud, así como sobre su eficiencia. Finalmente, abordan las medidas alternativas al copago, que también podrían contribuir a mantener o incrementar la eficiencia del SNS.

### Contexto

En las últimas décadas nos enfrentamos a la aparición de nuevas necesidades de salud, fundamentalmente derivadas del envejecimiento de la población y del incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, que generan una mayor demanda de servicios sanitarios y sociales. Estos nuevos problemas de salud requieren a menudo un abordaje mul-

tidimensional que convierte en artificial la barrera que establecemos organizativamente entre necesidades sanitarias y sociales. En nuestro país, los recursos sociales son muy limitados y a todas luces insuficientes para hacer frente a este nuevo contexto, especialmente cuando las familias no pueden seguir asumiendo la atención que tradicionalmente prestaban a sus miembros necesitados. La incorporación de la mujer al mercado laboral y los procesos migratorios a las grandes ciudades son algunos ejemplos de los cambios sociales que dificultan seguir asumiendo esta labor. Los déficit en servicios sociales y su total descoordinación con los sanitarios conducen a que se produzcan situaciones de ineficiencia dentro del sistema de salud. Dado que los únicos recursos disponibles para hacer frente a estos problemas son los que ofrece la estructura asistencial, se produce una «*medicalización*» de algunas situaciones que se beneficiarían de un apoyo social, generándose por ejemplo ingresos hospitalarios innecesarios o induciendo un uso indebido de fármacos. El presupuesto también se ha visto comprometido por los nuevos avances tecnológicos, como los medicamentos para mejorar la calidad de vida o nuevas técnicas asistenciales y diagnósticas. Algunas de estas ofertas no suponen un avance significativo sobre los instrumentos existentes, mientras que otras fuerzan a cuestionar los límites del concepto de salud al centrarse en aspectos, como el de la calvicie, que tradicionalmente eran considerados estéticos o accesorios.

Los Estados europeos tienen dificultades para enfrentar estos nuevos retos y al mismo tiempo continuar garantizando una cobertura universal y una total gratuidad en el momento de prestar el servicio, tienen dificultades para seguir cubriendo

los costes adicionales que les generan estos nuevos retos. Sus responsables empiezan a plantearse con urgencia la necesidad de contener el gasto sanitario para hacer económicamente sostenibles los servicios públicos de salud. Han introducido o están considerando implantar reformas en el modelo de gestión de las empresas públicas, en la relación entre niveles asistenciales, en la limitación de las carteras de servicios o en la prestación farmacéutica introduciendo genéricos y precios de referencia.

El copago surge como un instrumento más para mantener el sistema sanitario público y universal dentro de este nuevo entorno. Su aceptación es controvertida, y aunque desconocemos la opinión de la población observamos que existen valoraciones bastante definidas dentro de los distintos colectivos profesionales:

– La Administración sanitaria lo emplea y considera su ampliación, como mecanismo de contención de la demanda de productos farmacéuticos. Recientemente ha iniciado la discusión sobre su extensión a los medicamentos que consumen los pensionistas. También considera su empleo como «contenedor» de la demanda de servicios asistenciales, especialmente la alta tecnología y las urgencias; incluso lo valora para las consultas e ingresos. El debate ha sido especialmente vivo en torno al Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud («Comisión Abril», 1991) y en la Subcomisión Parlamentaria para la Modernización del SNS (1997).

– Los economistas de la salud y los gestores no acaban de llegar a un acuerdo sobre las repercusiones económicas de la introducción del copago. Alertan sobre sus posibles efectos perversos y dudan de su viabilidad económica si se consideran sus cos-

tes de transacción (Bengoa R et al, 1997; Rusell E et al, 1996). Los mecanismos administrativos para recaudar el copago pueden ser más costosos que lo que se obtenga de su cobro.

– Farmaindustria lo propone, junto a un pacto de Estado para incrementar el gasto sanitario, como una buena alternativa para poder seguir financiando los servicios sanitarios, especialmente los medicamentos (González Hervada E, 1999).

– En cambio los profesionales médicos, farmacéuticos, gestores y diplomados de enfermería que ocupan una posición de liderazgo en el ámbito de atención primaria, según un reciente estudio Delfi, no han conseguido llegar al consenso para considerar que sería positivo extender el copago a los pensionistas ni aumentar la actual aportación de las personas activas. También piensan que nuestro modelo de atención primaria no induce una hiperfrecuentación de los servicios de atención a pacientes crónicos (Artells JJ et al, 1999).

### ¿Qué es el copago?

Podemos definir el copago como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. Tiene por objeto contener la utilización de estos servicios y conseguir una fuente adicional de financiación. Puede aplicarse tanto en el contexto de un sistema de aseguramiento privado como público.

El copago persigue teóricamente algunos de los efectos que se relacionan a continuación, evidentemente todos ellos interrelacionados:

– *Financiación* adicional para asegurar el mantenimiento de los servicios de salud.

– *Racionalización* del uso de servicios sanitarios, al buscar que el ciudadano sólo los utilice cuando sean realmente necesarios.

– *Moderación del gasto* sanitario («ticket moderador»), consecuencia directa de la racionalización del uso.

– *Concienciación* sobre el coste sanitario de los servicios.

El copago supone siempre un freno a la accesibilidad, entendida como aquella característica de los servicios sanitarios según la cual los ciudadanos pueden disfrutar de ellos con facilidad. Su importe puede ser fijo o

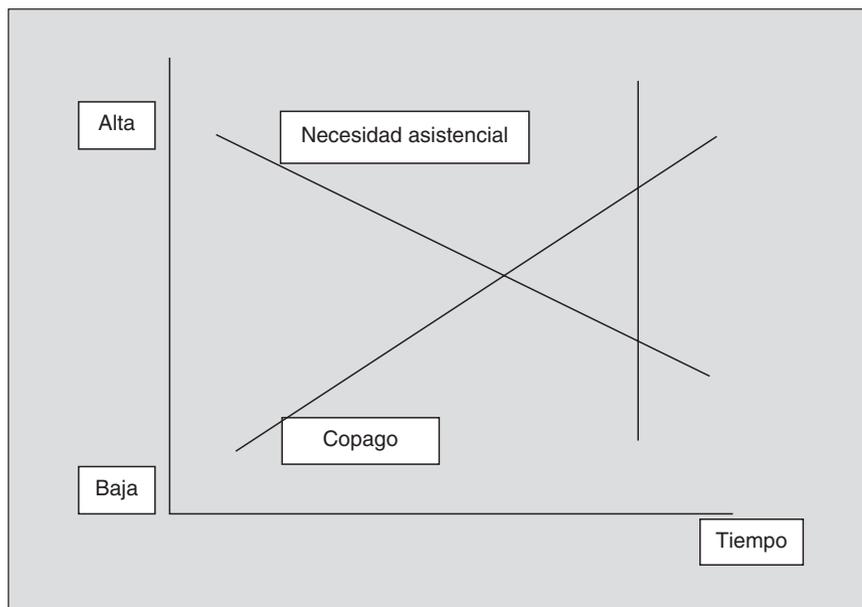


Figura 1. Relación entre necesidad médica y copago en función del tiempo de evolución del problema (Gross JM et al, 1997).

bien variar en relación a las características del cliente o en función del tipo de servicio o producto.

*En relación al paciente o usuario:* puede consistir en una tasa única para todo usuario o bien variar atendiendo al nivel socioeconómico del paciente. En el segundo caso procuraría la equidad cambiando la tasa atendiendo al nivel de renta.

*En relación al producto o servicio:* también puede cambiar según el coste o la naturaleza del servicio o producto. Actualmente en España existe un copago de este tipo en farmacia para pacientes activos; su monto se relaciona directamente con el precio de venta al público del producto y el porcentaje varía según se trate de un medicamento destinado a un problema agudo o crónico. Extender este mecanismo a otro tipo de servicios es complicado, especialmente para problemas crónicos (Gross JM et al, 1997). Es obvio que el concepto de necesidad médica no es uniformemente percibido por financiadores, proveedores y pacientes. Como se observa en la **figura 1**, hay una hipotética relación inversa entre necesidad médica y copago. A medida que disminuye la necesidad médica del servicio, el copago debería aumentar. El punto de corte entre las 2 líneas es fuente segura de tensiones entre los actores implicados.

Existe una modalidad de copago en

la cual el propio profesional (médico o farmacéutico) recibe como incentivo una parte de lo recaudado. Esta fórmula conlleva el riesgo de inducir el efecto indeseado de incentivar el uso de servicios y productos sanitarios.

### El copago en los distintos sistemas de salud

En muchos países occidentales existen distintas fórmulas de copago. Por ejemplo:

– En el uso de los servicios empleados con el fin de regular la demanda: Bélgica, Estados Unidos, Francia, Italia y Suecia.

– En farmacia hospitalaria: Alemania y Países Bajos.

– En farmacia de atención primaria: Reino Unido, Canadá y España.

En algunos países donde se han implantado sistemas de copago existen fenómenos de *reaseguramiento*. Consisten en contratar a una aseguradora que, mediante una prima periódica, cubre los gastos que producirían los posibles copagos de utilización de servicios. Esta situación, además de incrementar el gasto, hace desaparecer el posible efecto disuasorio para el uso excesivo que tiene el copago.

En España es bien conocida la aportación que realizan los trabajadores

en activo y sus familiares al adquirir un fármaco. Se trata de un copago variable según el tipo de fármaco y su precio, pero insensible a los distintos niveles de renta del ciudadano. La gestión de la recaudación recae en el farmacéutico de oficina de farmacia. También existen fórmulas de copago en la prestación de aparatos ortopédicos externos, para los servicios sociales y en el uso de transporte sanitario.

Se produce un fenómeno curioso en los países centroeuropeos, en los que la contribución económica del ciudadano en el momento de usar el servicio es más elevada, el gasto sanitario expresado en porcentaje del PIB suele también ser más alto. En la experiencia española, los incrementos en la aportación económica de los usuarios no han servido para contener el gasto farmacéutico.

## Evidencias

Algunos trabajos de campo han analizado el efecto del copago sobre la utilización de servicios de salud. Uno de diseño cuasi-experimental investigó el efecto del copago sobre diferentes subgrupos de población en la utilización de diferentes servicios (Cherkin DC et al, 1989) y uno experimental controlado, el RAND «Health Insurance Experiment», ha aportado información exhaustiva sobre los efectos contenedores del copago en los diferentes servicios (Lohr KN et al, 1986). Estos estudios, junto a otros observacionales incluidos en esta revisión, permiten establecer las siguientes valoraciones:

– El copago reduce la utilización del servicio o el consumo del producto sometido a la tasa. Sin embargo, esto no equivale a decir que induzca a utilizar los servicios de una forma más «apropiada» desde el punto de vista clínico. Las evidencias disponibles indican más bien que no tiene este efecto selectivo (Lohr KN et al, 1986). De hecho, tampoco lo observamos en el copago por farmacia de nuestro país.

– Tampoco parece evidente que reduzca el costo global de la atención, ya que genera el denominado efecto globo. Consiste en desplazar el gasto de un aspecto a otro cuando se restringe el acceso a una determinada prestación o servicio (O'Grady KF et al, 1985; Soumerai SB et al, 1987, 1991 y 1994). Cuando se limita la en-

trada a un servicio, los ciudadanos exploran y utilizan vías alternativas para satisfacer su necesidad, que a menudo conllevan un costo considerable. Aplicado a las urgencias, fomenta la automedicación y el autocuidado (O'Grady KF et al, 1985).

– En principio podría argumentarse que el copago puede ocasionar retrasos en la utilización de los servicios, y en consecuencia podría originar unos costos asistenciales superiores por llevar a que se aborden los problemas en un estadio más avanzado. Sin embargo, no hay evidencias de que este fenómeno se produzca realmente. Cabe suponer además que el costo financiero derivado de estos retrasos se vería compensado por el ahorro que el copago supondría en otros aspectos.

– Aunque no haya evidencias de un mayor costo originado por el copago, es indudable que determina la decisión y el momento de utilizar los servicios de salud. En este sentido, las evidencias muestran que reduce el uso tanto de los servicios o productos que son esenciales como de los que no se considerarían tan necesarios (Simon GE et al, 1996; O'Grady KF et al, 1985; Soumerai SB et al, 1987, 1991 y 1994). Este efecto puede ser especialmente relevante en el caso de servicios de urgencia o en determinadas prestaciones preventivas (Cherkin DC et al, 1990; Selby JV et al, 1996; Kiefe CI et al, 1994; Simon GE et al, 1996). En las emergencias se asocia a una menor utilización de los servicios para todos los diagnósticos aunque, como es lógico, los efectos más importantes se observan en los problemas considerados menos acuciantes (O'Grady KF et al, 1985). En cualquier caso, puede desanimar la utilización adecuada de los servicios de emergencia. También puede llevar a un control más deficiente de los pacientes hipertensos (Keeler EB et al, 1985) y reducir el uso de los servicios preventivos caso de las inmunizaciones infantiles (Lurie N et al, 1987) o también los exámenes periódicos de mujeres y niños. Si bien los autores insisten en que su introducción no produjo efectos adversos, ya que se administraron las vacunas en instituciones alternativas y porque se redujeron únicamente los encuentros preventivos médico-paciente, pero se mantuvieron otro tipo de consultas que podrían proporcionar otras oportunidades de intervención. El copago indujo una menor utilización de la mamografía

por parte de las mujeres que tienen que pagar por el servicio (Kiefe CI et al, 1994). Las mujeres de 45-64 años no aseguradas, y por tanto de menores ingresos, presentan en virtud de sus características sociodemográficas un mayor riesgo de quedar «descubiertas». Así, el efecto contenedor del copago favorece que la población femenina reciba menos servicios preventivos (Woolhandles S et al, 1989).

– El estudio RAND encontró evidencias de que el copago puede tener efectos negativos sobre la salud (Broock RH et al, 1983). Los autores estiman el efecto protector de un plan asistencial de libre acceso (sin copago) en 10,5 muertes evitadas, en los 5 años siguientes de su participación por cada 1.000 varones de 50 años de «alto riesgo» incluidos en él. Además de su impacto ya mencionado sobre el control de la hipertensión arterial, tuvo una repercusión negativa sobre la agudeza visual. Sin embargo, debe observarse que el libre acceso no afectó los estilos de vida relacionados con las enfermedades cardiovasculares o con el cáncer. Tampoco incidió sobre las 5 medidas de autoevaluación del estado de salud utilizadas en el estudio. Otra publicación advierte que puede originar retrasos en el diagnóstico y tratamiento precoz de problemas potencialmente graves como el cáncer (Greenwald HP, 1987).

– La utilización de servicios inducida por profesionales, como la derivación a especialistas, no parece reducirse por el copago (Cherkin DC et al, 1989). Tampoco se alteran ni la duración de los episodios ni el número de servicios proporcionados a las personas que entran en el sistema de cuidados médicos (Lohr KN et al, 1986). Por tanto, y de acuerdo con la hipótesis de que el consumo de servicios a nivel macro es fundamentalmente inducida por el proveedor, el efecto contenedor del copago parece ser más bien bajo.

– El análisis macroeconómico muestra que para los servicios el copago se aplica básicamente en países que, como los centroeuropeos, transfieren el riesgo de la sobreutilización a los pacientes. Justamente estos países son los que se caracterizan por carecer de una buena eficiencia macroeconómica. El porcentaje de PIB destinado a sanidad es más alto en países como Francia, Alemania, Austria o Estados Unidos (Russell E et al, 1996).

– La equidad queda comprometida al introducir medidas de copago, ya

que supone una transferencia del costo de los servicios desde el presupuesto público al bolsillo del ciudadano que se encuentra enfermo o que los utiliza. Como es lógico, las personas con menores ingresos económicos son las que se ven más afectadas por la medida (Rusell E et al, 1996; Kupor SA et al, 1995). Sin embargo, es posible que a partir de un nivel medio de ingresos el copago pueda tener un impacto similar en la utilización de los servicios de atención primaria entre los diferentes substratos socioeconómicos (Cherkin DC et al, 1992).

### El copago y nuestro sistema sanitario

Actualmente existe en el Estado español un consenso sobre los valores esenciales que rigen el sistema sanitario, que son: universalidad, equidad, solidaridad y democracia. Estos valores se consiguen con los siguientes objetivos, consensuados por los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, Casado, 1998):

- Realizando *intervenciones eficaces* para mejorar la salud de la población, siendo ésta la contribución fundamental del Sistema Nacional de Salud.
  - Manteniendo una *equidad* en el acceso a los servicios, asegurando el acceso a igual servicio para igual necesidad.
  - Manteniendo la *equidad financiera*, con una distribución equitativa del gasto y garantizando además la *solidaridad redistributiva* entre todos los ciudadanos. Iguales recursos para igual necesidad.
  - Persiguiendo la *eficiencia macroeconómica* del sistema, conteniendo la proporción del PIB destinada a la atención sanitaria, adecuando así el gasto a la riqueza nacional. Buscando la *eficiencia microeconómica* de los servicios, entendida como la máxima producción de servicios en relación a los recursos invertidos y con el objetivo de conseguir la *satisfacción* de los ciudadanos a través de estos servicios.
- A estos objetivos, consensuados en el seno del Consejo Interterritorial, habría que añadir otros dos derivados del principio general de democracia de nuestro sistema sanitario.

- Garantizar un nivel de *libertad de elección* de los pacientes.
- Asegurar la *libertad de la práctica profesional*.

Con el fin de valorar los efectos que el copago puede tener sobre los servicios de salud, vamos a analizar sus efectos sobre la consecución de cada uno de estos objetivos y, en consecuencia, sobre los valores de nuestro Sistema Nacional de Salud.

### Eficacia

El copago no mejora la eficacia de las actuaciones de los servicios de salud. Más bien al contrario, las personas que presentan problemas comunes como hipertensión o miopía se beneficiaban del acceso gratuito (Brook RH et al, 1983). Como se ha señalado, su efecto contenedor de la demanda es mayor para determinadas actividades preventivas y para una amplia variedad de patologías agudas, no necesariamente banales. En estos casos induce a que la población recurra al autocuidado o a formas alternativas de asistencia que satisfagan sus necesidades no cubiertas. El efecto favorable contenedor del uso inapropiado tiene un coste evidente en pérdidas de oportunidades para aplicar intervenciones de efectividad demostrada. Dado que disminuye la frecuentación a un servicio, es lógico suponer que induzca a mejorar la atención y a aumentar la dedicación de los profesionales a las personas restantes. Desafortunadamente, no disponemos de ninguna evidencia de que este fenómeno en realidad se produzca. Además, hemos visto cómo reduce el acceso tanto de aquellos que acuden por problemas a los que el sistema sanitario no puede dar una respuesta efectiva, y por lo tanto se beneficiarían poco de la intervención curativa, como de aquellos que efectivamente la precisan.

### Equidad y solidaridad redistributiva

Aunque es difícil demostrar, por la falta de una medida operacional de la equidad, las evidencias indirectas que disponemos permiten argumentar que el copago perjudica la equidad y la solidaridad en diversos sentidos:

- Castiga al enfermo respecto al sano, reduciendo la accesibilidad eco-

nómica al sistema sanitario. Desde el punto de vista fiscal, es un impuesto indirecto que grava la enfermedad, de forma semejante a como actúa el IVA ante la compra de un automóvil o una botella de licor.

- Como ya se ha comentado, castiga al que carece de recursos frente al de mayor poder adquisitivo. Si el copago es una cuota fija, es evidente que resulta más difícil de pagar al que tiene menos recursos económicos. Los estudios sobre este fenómeno así lo evidencian (Lohr KN et al, 1986; Kupor SA et al, 1995). Pero, aun en el supuesto de que esté equilibrado en función del nivel de renta, seguiría recayendo mayoritariamente en quienes menos tienen, ya que este segmento de la población es el que presenta más patología. La sofisticación de los mecanismos de recaudación del copago introduciendo variaciones según el nivel de renta presenta grandes dificultades no sólo de eficiencia (costes de transacción) sino también de equidad a la hora de decidir quién debe pagar y quién no. Buen ejemplo de ello es el copago en farmacia de los pensionistas; en España, están todos exentos de pago independientemente de su nivel de renta, mientras que trabajadores con salarios inferiores deben contribuir con un 40% del coste de los medicamentos que consumen.

- El efecto inequitativo del copago puede aumentar cuando induce a que las personas de más recursos contraten seguros privados que hagan de tercer pagador, haciéndose cargo del copago que genere una hipotética utilización de los servicios de salud. Así, quienes pueden permitírselo contratan una aseguradora que minimiza el efecto desincentivador del consumo, mientras que las personas socialmente menos favorecidas siguen estando gravadas por cada servicio usado.

- El problema de la inequidad es especialmente grave en el caso de los servicios preventivos. Los niveles sociales más desfavorecidos pueden dejar de utilizarlos por la necesidad de «copagar» y así aumentan el riesgo de encontrarse posteriormente con el problema que pretendían evitar, viéndose forzados a utilizar servicios curativos o rehabilitadores más caros y menos eficientes.

- Para mejorar la eficiencia de los servicios de salud, sería deseable introducir un sistema que restringiera el acceso de aquellas personas

que hacen un uso inadecuado. Sin embargo, a pesar de que dispusiéramos de este método desincentivador selectivo, en la práctica no podríamos aplicarlo por la incapacidad para distinguir inequívocamente entre los hiperfrecuentadores que utilizan mal los servicios de aquellos que tienen problemas de salud que el sistema no puede o no sabe resolver. Si se introdujera, es muy probable que dejaran de atenderse problemas de salud que requerirían asistencia. En consecuencia, y para minimizar este riesgo, es preferible facilitar el acceso, aun a costa de atender a los supuestamente «mal utilizadores».

– Es evidente que muchas veces la demanda de ciertos servicios sanitarios es inducida por un profesional, dado el desequilibrio de información que existe entre él y el paciente. El copago, sin embargo, ejerce presión sobre el paciente, forzándolo a adoptar decisiones sin disponer de los elementos informativos suficientes que le permitan ejercer libremente su voluntad. Las peores situaciones se producen cuando el médico recibe un incentivo directo de cada uno de los copagos que realiza el paciente, ya que genera un efecto inflacionista de la actividad sanitaria.

### **Eficiencia macro**

El argumento más común entre los que proponen emplear el copago como medida racionalizadora de la asistencia es su efecto contenedor de la utilización de servicios innecesarios, que genera además una vía alternativa de financiación y produce también un ahorro en la financiación pública. Como ya hemos visto, no se puede asegurar que el copago reduzca el gasto sanitario global, incluso la evidencia empírica indica más bien todo lo contrario:

– Se observa que los países que utilizan el copago destinan una gran parte de su PIB a los servicios de salud, en general una proporción mucho mayor que la de los que tienen sistemas de copago poco desarrollados.

– Puede llevar a introducir sistemas de tercer pagador que aumentarían el gasto sanitario global, especialmente el de tipo privado.

– Su introducción genera forzosa-mente unos mecanismos burocráticos recaudadores que pueden ser superiores a la cantidad recaudada

(costes de transacción). Son tanto más elevados cuanto más complejo es el sistema empleado, especialmente si existe la voluntad de preservar la equidad, estableciendo tasas proporcionales a las rentas de los ciudadanos.

### **Eficiencia micro y satisfacción de los pacientes**

Los ciudadanos de los países como el nuestro, que cuentan con una tradición de disfrutar de servicios de salud gratuitos en el momento de la prestación, aceptan de mala gana la introducción del copago. La insatisfacción que produciría esta medida perjudicaría la microeficiencia del sistema.

Tal como se ha comentado, no podemos asegurar que la disminución de la frecuentación que podría inducir el copago repercuta en una mayor dedicación al resto de pacientes y en consecuencia a aumentar su satisfacción.

Si el cobro de las tasas de copago recayera en los propios profesionales, seguramente provocaría reacciones negativas por las nuevas responsabilidades y los costes añadidos, en tiempo y complejidad organizativa, que ello supondría. Esta insatisfacción de los proveedores también influiría negativamente en la eficiencia micro. La forma de minimizar el impacto de esta medida sería procurar que parte del copago recayera en incentivos a los propios profesionales, lo que a su vez llevaría a una situación perversa.

### **Libertad para los pacientes**

Puede introducirse en un contexto de aumento de la libertad de elección del ciudadano. Sería posible asociarlo a una mayor posibilidad de elección de profesionales, de hospital o de centro diagnóstico. De ser así, incrementarían la libertad de una forma inequitativa, ya que sería mayor para aquellos que gozaran de más poder adquisitivo.

El mismo problema plantea la utilización del copago para reducir listas de espera, entendido como que debe operarse antes a quien pague la tasa. En realidad, en lugar de ser el símbolo de la libertad, no es más que el mecanismo utilizado en los sistemas de salud más liberales para coartar la capacidad de elección de los pacientes.

### **Libertad para los profesionales**

La libertad profesional es la capacidad que tiene el médico para tomar la decisión clínica más adecuada a las necesidades del paciente que está atendiendo. Esta libertad no es óbice para que el médico de familia deje de considerar su responsabilidad para introducir elementos de justicia distributiva en sus decisiones clínicas. Tampoco impide que piense en los aspectos de coste-oportunidad que implica cualquier intervención sanitaria.

La introducción de sistemas de copago puede limitar la libertad profesional en los siguientes aspectos:

– En un entorno como el nuestro de fuerte desarrollo tecnológico, el médico de familia podría abstenerse de recomendar actuaciones indicadas, debido a las posibles repercusiones económicas que supondrían al paciente.

– El enfermo, a su vez, podría rechazar actuaciones que le recomendaran por la barrera económica que le supondrían. Este hecho es especialmente relevante para las intervenciones preventivas que habitualmente son percibidas como menos necesarias por parte de la población.

– Cuando el copago revierte en forma de incentivos para el propio médico, induce una sobreutilización o una priorización de aquellas actuaciones que producen un beneficio directo al profesional.

### **El copago y los objetivos de nuestro Sistema Nacional de Salud**

Como se ha indicado, en el mejor de los casos, el copago reduciría el uso de los servicios sanitarios sobre los que se aplicara, pero sin discriminar su adecuación o grado de urgencia. Por consiguiente, induciría un riesgo de infratratamiento o falta de cobertura de actividades preventivas, al tiempo que se induciría a la utilización de otros servicios sanitarios que podrían ser más costosos o menos efectivos. No mejoraría, por tanto, ni la eficacia de las intervenciones ni la eficiencia macroeconómica, empeorando además la satisfacción de los pacientes y limitando la libertad de elección de ciudadanos y profesionales. Pero donde tendría un efecto más pernicioso sería sobre la equidad del sistema, ya que, a pesar de los meca-

nismos atenuadores que podrían aplicarse, el copago es en sí mismo una medida altamente insolidaria.

Es evidente, aunque a veces no parezca considerarse así, que el sistema sanitario no es un pozo sin fondo, donde pueden invertirse recursos sin límites. Consideramos que los servicios de salud son un conjunto de recursos, limitados, encaminados a mejorar el nivel de salud de la población. Si bien está aceptado que una buena accesibilidad a los servicios de atención primaria tiene efectos positivos sobre la salud, también es cierto que una excesiva facilidad para acceder a algunos servicios especializados, como por ejemplo los quirúrgicos, puede inducir una iatrogenia excesiva. Compartimos con políticos, gestores y ciudadanos el interés por racionalizar la utilización de los recursos sanitarios, pero consideramos, como veremos más adelante, que la labor contenedora de los profesionales de atención primaria es una herramienta mucho más eficaz y adecuada a los objetivos del SNS que la aplicación de incentivos negativos sobre los pacientes.

En el Estado español existen actualmente diversos tipos de copago. El más conocido es el que se aplica a la prestación farmacéutica: nulo para los pensionistas, variable según el tipo de fármaco para los trabajadores activos y sus beneficiarios. Existen además formas indirectas de copago en otros servicios, como el transporte sanitario, las prestaciones ortopédicas externas y sobre algunos servicios sociales directamente relacionados con la salud.

En coherencia con la argumentación de este documento, se plantea la retirada progresiva de los actuales sistemas de copago. No sería conveniente, sin embargo, que se suprimieran bruscamente, por el desequilibrio que se produciría en el seno de nuestro sistema sanitario. La eliminación del copago de farmacia, que actualmente se encuentra muy compensado por medidas de protección para pensionistas y para la gran mayoría de fármacos de uso crónico, aumentaría considerablemente la factura. Adicionalmente podría incidir negativamente sobre la salud, básicamente por forzar la supresión de aquellas prestaciones que, a pesar de ser necesarias, deberían dejar de aplicarse para poder financiar el aumento de la factura de farmacia. Así, la propuesta de retirada de los actuales co-

pagos debería aplicarse de forma estudiada y progresiva.

Para contener el aumento de la demanda de servicios sanitarios y sociales que se está produciendo, sugerimos impulsar una política de mejora de la calidad de la gestión del sistema, y si a pesar de ello no se pudieran cubrir los objetivos de salud de todos los ciudadanos, sería conveniente plantear el incremento del gasto sanitario global.

### **Conclusión: copago o médico de familia «agente de salud» (*gatekeeper*)**

Los médicos de familia somos conscientes de que nos enfrentamos a un incremento de la demanda de servicios sociales y sanitarios, y deseamos contribuir a mantener la sostenibilidad del sistema.

La primera alternativa racionalizadora de la demanda de servicios sería retirar de la oferta aquellos que no ofrecen un beneficio claro para la salud. Mantenerlos en función de un copago únicamente beneficia a la empresa que los ofrece.

También parece razonable favorecer una mejor coordinación, o bien una dependencia única entre servicios sanitarios y sociales, especialmente de los que se prestan en el propio domicilio del ciudadano, reforzando su interrelación y eficiencia.

Como hemos visto, el copago se ha presentado como un instrumento de contención de la demanda de servicios sanitarios. Cuando es efectivo, reduce el consumo, pero tanto de los que son necesarios como de los que no lo son tanto.

Acaba transfiriendo el riesgo económico y toda la responsabilidad al paciente, que es quien sufre la presión de la necesidad de pedir asistencia. Los autores de este documento consideramos que es más adecuado transferirlo al profesional sanitario y al ciudadano, articulando mecanismos de participación directa. El profesional puede adoptar decisiones racionalizadoras por disponer de un nivel superior de información. El ciudadano, lejos de la presión de una necesidad sanitaria personal inmediata con que se encuentra el usuario, puede disponer del tiempo y los medios suficientes para recabar toda la información que le permita establecer prioridades y aceptar medidas de actuación que mejoren la eficiencia.

Los médicos de familia somos conscientes de la necesidad de hacer un uso racional de los recursos sanitarios, y en este sentido entendemos nuestro rol de «agentes de salud» (*gatekeeper*) dentro del sistema. El papel de «agente de salud» es una alternativa contenedora y racionalizadora de la demanda de servicios, muy superior a la que puede ofrecer el copago. El médico de familia ejerce un papel de filtro, limitando el acceso a los servicios especializados a aquellos pacientes que realmente puedan beneficiarse de este tipo de asistencia; a su vez asegura una batería de actividades preventivas eficaces, y promueve un uso racional de las pruebas complementarias y de las herramientas terapéuticas.

No en vano observamos, a nivel macroeconómico, que los países que han introducido el copago para sus servicios son justamente aquellos en los que los médicos de familia no disponen de lista de pacientes, ni actúa como puerta de entrada al sistema de salud. Tal como se ha comentado, su consumo sanitario global también es muy superior al de los Estados en los que el médico de familia realiza esta labor de contención.

Por todo ello, creemos que una de las mejores fórmulas para aumentar la eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud es acentuar el papel de «agente de salud» del médico de familia. Esta opción hace innecesaria la introducción de medidas de copago que, por otra parte, son inequitativas y poco eficientes.

En último término, si estas medidas de mejora de la gestión no fueran suficientes, sería imposible mantener los valores y los objetivos del sistema sanitario sin incrementar la proporción del PIB destinado a la salud. Esta última decisión sólo podría ser adoptada si el conjunto de los ciudadanos, perfectamente informados, lo considerara libremente. Con seguridad, sería un medio más racional, equitativo y eficiente de hacer frente a los cambios de la demanda y la oferta de servicios que cargar a los enfermos con un impuesto indirecto denominado copago.

### **Bibliografía general**

Artells JJ, Andrés J. Pretil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión para el Profesio-

- nal de Atención Primaria 1999; 5 (Supl 1): 1-124.
- Beck RG, Horne JM. Utilization of publicly Insured Health Services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Medical Care* 1980; 18: 787-806.
- Bengoa R, Echeverría K, Fernández JM, Vía JM, Camprubí. Sanidad, la reforma posible. Bega Comunicación Arazuri, 1997.
- Blustein J. Medicare coverage, supplemental insurance, and the use of mammography by older women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1138-1143.
- Boerma W, Jong F, Mulder P. Cuidados de salud y atención primaria en Europa. Barcelona: semFYC, 1997.
- Brook RH, Ware JE, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA et al. Does free care improve adult's health? Results from a randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1983; 309: 1426-1434.
- Casado V, Sevilla F, Elola J. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1998; 10: 265-274.
- Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. *Soc Sci Med* 1992; 34: 33-41.
- Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of office visit copayment on utilization in a health maintenance organization. *Med Care* 1989; 27: 669-679.
- Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of visit copayments on preventive care services in an HMO. *Inquiry* 1990; 27: 24-38.
- González Hervada E. El pacto de prescripción. *La Vanguardia* 17-II-1999.
- Greenwald HP. HMO membership, copayment, and initiation of care for cancer: a study of working adults. *Am J Public Health* 1987; 77: 461-466.
- Gross JM. Promoting group psychotherapy in managed care: basic economic principles for the clinical practitioner. *Int J Group Psychoter* 1997; 47: 499-507.
- Harris B, Stergachis A, Ried LD. The effect of co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health insurance organisation. *Medical Care* 1990; 28: 907-917.
- Hayward SA, Shapiro MF, Freeman HE, Corey CR. Who gets screened for cervical and breast cancer? *Arch Intern Med* 1988; 148: 1177-1181.
- Keeler EB, Brook RH, Goldberg A, Kamberg CJ, Newhouse JP. How free care reduced hypertension in the health insurance experiment. *JAMA* 1985; 254: 1926-1931.
- Kiefe CI, McKay SV, Halevy A, Brody BA. Is cost a barrier to screening mammography for low-income women receiving Medicare benefits? A randomized trial. *Arch Intern Med* 1994; 154 (11): 1217-1224.
- Kupor SA, Liu YC, Lee J, Yoshikawa A. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System. *Int J Health Serv* 1995; 25 (2): 295-312.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102 de 29 de abril de 1986.
- Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey et al. Use of medical care in the RAND health insurance experiment: diagnosis and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986; 24 (Supl): 1-87.
- Lurie N, Manning WG, Peterson C, Goldberg GA, Phelps CA, Lillard L. Preventive care: do we practice what we preach? *Am J Public Health* 1987; 77: 801-804.
- Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Feeler EB et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981; 305: 1501-1507.
- O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med* 1985; 313: 484-490.
- Russell E, Elola J, Navarro V. Costo compartido por el usuario en la asistencia sanitaria. *Salud* 2000 1996; 58: 17-21.
- Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1996; 334 (10): 635-641.
- Simon GE, Grothaus L, Durham ML, VonKorff M, Pabiniak C. Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (3): 331-338.
- Soumerai SB, Avorn J, Ross-Degan D, Gortmaker S. Payment restrictions for prescription drug under Medicaid. *N Engl J Med* 1987; 317: 550-556.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degan D, Casteris CS, Bollini P. Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Eng J Med* 1994; 331: 650-655.
- Soumerai SB, Ross-Degan D, Avorn J, McLaughlin FJ, Chodnovskiy I. Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 1991; 325: 1072-1077.
- Woolhandler S, Himmelstein DU. Reverse targeting of preventive care due to lack of health insurance. *JAMA* 1989; 259: 2872-2874.