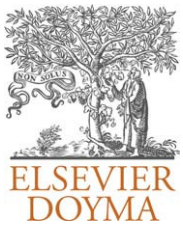
Aten Primaria. 2011;43(1):1—2



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

EDITORIAL semFYC

COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica. Documento semFYC, octubre de 2010

Copayments: Conclusions from the scientific evidence. SemFYC document, October 2010

El copago es un tema recurrente en el debate público de nuestro país. El estallido de la burbuja económica en la que vivíamos nos ha dejado inmersos en la realidad de esta crisis económica. Coincidiendo con esta situación, se ha reavivado el debate sobre el copago. En el último año hemos asistido a un gran interés mediático respecto a la posibilidad de instaurar copagos sanitarios en las diferentes comunidades autónomas, con declaraciones de políticos, asociaciones de pacientes y otros colectivos sobre la oportunidad de implantar un copago sanitario en diversos aspectos del sistema asistencial.

Es evidente que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), por la representatividad que le confieren sus 20.000 socios, no puede quedar al margen de este debate. Por ello, desde la Junta Directiva de la semFYC se ha impulsado la elaboración de un documento sobre los copagos en atención primaria, basado en argumentos científicos a partir de un análisis de las evidencias disponibles, de las experiencias nacionales e internacionales y de la opinión de expertos en economía de la salud de nuestro país. Este nuevo documento sobre el copago actualiza el publicado en noviembre de 1999.

El documento consta de cuatro partes y se acompaña de una bibliografía amplia y actualizada. En una primera parte se detalla información sobre la definición del copago, los tipos de copago, las características que el copago debe tener desde un punto de vista económico y otras posibles alternativas de financiación del gasto sanitario. Definimos el copago como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. El copago se plantea como una alternativa de financiación y de racionalización de los gastos sanitarios relativos a la corresponsabilidad financiera del usuario en los servicios sanitarios. Supone compartir los costes del servicio ente dos partes: el usuario y el Estado. El copago, además de perseguir recaudar fondos para sostener el sistema sanitario, también se propone como una herramienta disuasoria para eliminar el consumo abusivo e innecesario, y reducir la demanda.

En una segunda parte, se presenta la evaluación de la evidencia científica disponible, incluida la estrategia de búsqueda y criterios de inclusión, y los resultados obtenidos en función de la pregunta PICO planteada: pacientes, las personas que utilizan los servicios sanitarios; intervención, las diferentes formas de copago sobre los servicios de atención médica; comparación con posibles alternativas de copago, y *outcomes* (resultados), la disminución en el uso de los servicios sanitarios (los efectivos, los no efectivos, las urgencias, los preventivos, etc.), la sustitución de unos servicios por otros, la contención del gasto, el aumento de la recaudación, los efectos secundarios (inequidad en el acceso, etc.).

En una tercera parte se comentan las opiniones de los expertos. Entre los conceptos que se más se reiteran está que la evidencia sobre copagos es baja y los estudios disponibles, en general, son de poca calidad metodológica. Esto se debe a que la mayoría de los trabajos no son experimentos con un grupo control, sino observaciones sobre diversas poblaciones, y los cambios que aparecen pueden también ser debidos a otras causas (sesgos). En nuestro país, no existe evidencia empírica sobre copagos y salud. La escasa información existente en países de sistema sanitario similar al nuestro se basa en copagos por medicamentos. Por otro lado, es muy difícil comparar los niveles de copago entre países: las diferencias entre sistemas sanitarios, cartera de servicios o definición de los límites de la atención primaria hacen que la comparación pueda ser inexacta.

La no evidencia de beneficios por el copago (salvo una leve disminución de la utilización que no se mantiene al año en los pocos estudios que evalúan la durabilidad del efecto) y la existencia de indicios (de poca calidad pero concordantes y en muy distintos países) de perjuicios en la salud y en la equidad de la atención sanitaria hacen razonable sugerir que, si se considerara aplicar algún tipo de copago sanitario, debería someterse a un control y evaluación. Es decir, no es

0212-6567/$ – see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.aprim.2010.12.001

una medida contrastada para su uso: en todo caso, es un experimento que se debe monitorizar. Además, la evidencia disponible sugiere que los copagos no tienen ninguna capacidad para contener el gasto sanitario, sobre todo el gasto global a largo plazo.

En una cuarta parte se presenta el posicionamiento de semFYC, que a continuación transcribimos íntegramente:

1. La semFYC está en desacuerdo con la aplicación de copagos en los servicios sanitarios, dado que no existen pruebas concluyentes de sus beneficios, pero en cambio sí existen evidencias, aunque sean débiles, y derivadas de múltiples estudios, sobre sus posibles efectos perjudiciales en la equidad y la salud de la población, especialmente la más desfavorecida socioculturalmente.
2. Hay suficiente evidencia en la literatura científica que permite asegurar que reforzar el papel del médico de familia, así como el control del presupuesto sanitario de AP y de la consulta externa de especialidades hospitalarias en manos de los médicos de familia, permite una mejor gestión del mismo. En este sentido, se puede hacer referencia a los últimos cambios introducidos en el Reino Unido. El traspaso de la responsabilidad de gestión a los médicos de familia puede causar (según sus propios cálculos) un ahorro del 45% de las tareas administrativas y mejorar la calidad global de la atención sanitaria.
3. Existen otras medidas —preferibles a nuestro entender— que pueden ayudar a la sostenibilidad del sistema sanitario:
   - Incentivar adecuadamente a los profesionales directamente por resultados en: la mejora de la gestión y de las agendas de trabajo, la utilización de fármacos, el uso racional de las pruebas complementarias y la coordinación con otros niveles asistenciales (existen actualmente incentivos, pero son muy tímidos). El empoderamiento de los médicos de familia (apropiarse de sus propios recursos y acciones) es fundamental si queremos mantener un sistema sanitario de calidad.
   - Establecer impuestos indirectos que recaen en productos como el tabaco, que se relacionan directamente con la pérdida de salud.
   - Modificar las políticas de cobertura de nuevos fármacos y modificar la cartera de fármacos o los precios de los productos que en ella se incluyen, en función de criterios objetivos de efectividad y eficiencia.
   - Establecer un catálogo de prestaciones y cartera de servicios de los servicios sanitarios públicos, que permita eliminar los servicios inefectivos o con un coste-efectividad inaceptable.
4. En caso de aplicación de copagos, debería entenderse como un experimento científico con un control exhaustivo de las variables para poder detectar fehacientemente sus efectos.
5. En ningún caso el papel del médico de familia puede ser convertirse en el juez de su paciente sobre la utilización inadecuada que hace de los servicios sanitarios. No son aceptables roles que puedan poner en peligro la relación entre paciente y médico, un compromiso basado en la confianza para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones, y la naturaleza ética de la profesión.
6. El copago de farmacia debe replantearse hacia un sistema más equitativo, que no valore únicamente la situación laboral (activo/pensionista) del individuo.

Esperemos que la difusión de este documento sobre el copago de la semFYC ayude al debate y el análisis crítico, y logre una reflexión profunda sobre aquellos aspectos que pueden afectar de manera trascendental a nuestro modelo sanitario.

Bibliografía general

Gené J, Planes A, Berraondo I. Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. Documentos semFYC n.º 14. Madrid, 1999.

Health evidence network (HEN). Solid evidence for sound decisions. Eklund L, Wallace J, Jonsson E; Health Technology Assessment International. Meeting (1st : 2004 : Krakow, Poland). Proc One HTA Health Technol Assess Int Meet 1st. 2004;1:60.

Puig-Junoy J. ¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud? En: Puig-Junoy J, coordinador. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, n.º 1.

Repullo Labrador JR. Copago sí, copago no. AMF. 2009;5:625-32.

Solanas P, Marzo-Castillejo M, Ceresuela E, Coll T, Gene J, Morera R, et al. COPAGO: Conclusiones desde la evidencia científica. Documentos semFYC n.º 27. Barcelona, 2010.

Pascual Solanas Saura[a,*] y M. Mercè Marzo Castillejo[b],
En el recuadro se relacionan los miembros del grupo de trabajo[1]
[a] *Coordinador grupo de trabajo*
[b] *Asesora metodológica grupo de trabajo*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: psolanas.girona.ics@gencat.cat (P. Solanas Saura).

[1] Grupo de trabajo: Elisa Ceresuela Weissman; Sociedad Madrileña de MFyC; Txema Coll Benejam, Sociedad Balear de MFyC; Joan Gené Badia, Sociedad Catalana de MFyC; Ramon Morera Castells, Sociedad Catalana de MFyC; Rosa Magallón Botaya, Sociedad Aragonesa de MFyC, y Jesús Sueiro Justel, Sociedad Gallega de MFyC.

23 de noviembre de 2010 1 de diciembre de 2010