

# ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud?

## Evidencia y recomendaciones

*Beatriz González López-Valcárcel*

ULPGC

101

### 1. Introducción

El objetivo de este capítulo es valorar y analizar, desde una perspectiva académica y orientada a las políticas, las posibilidades y limitaciones de la contribución directa del usuario a la financiación de las prestaciones no farmacéuticas dentro de la sanidad pública en España. Más específicamente, nos centraremos en la relación entre copagos y salud.

Entendemos por copagos, los pagos de bolsillo para compartir los costes de la asistencia sanitaria directa que recibe o tiene derecho a recibir el paciente y su familia. Estos pagos, que contribuyen a financiar la sanidad pública (*cost-sharing*) pueden adoptar distintas formas (Jemai et al., 2004). Aunque la literatura suele emplear el término copago para la tarifa monetaria fija por recibir un servicio (un euro por consulta) y coaseguramiento cuando el usuario paga un porcentaje del coste (40% del precio del medicamento), en este capítulo, emplearemos el término *copago* como sinónimo de 'participación en el coste' (*cost-sharing*), incluyendo también el coaseguramiento y los deducibles (el usuario paga hasta una cantidad estipulada de euros por periodo, los costes suplementarios corren a cargo del asegurador).

Obviamente, el usuario contribuye, también, a financiar la sanidad pública con sus impuestos generales, de ámbito estatal, autonómico o local, directos e indirectos pero aunque esos impuestos estén vinculados a la sanidad (el céntimo de la gasolina) o tengan su base imponible en la aportación (*negativa, del pecado*) del usuario a la salud (impuestos sobre el tabaco y el alcohol) quedan fuera de nuestro punto de mira. Nos referiremos únicamente a los pagos que el usuario ha de hacer, sea en el momento del consumo o periódicamente, para recibir determinadas prestaciones

sanitarias directas. Así pues, incluimos el hipotético pago de seguros médicos suplementarios para cubrir prestaciones excluidas del aseguramiento público (dentista), los copagos por acto (un euro por consulta) y la posibilidad de imponer deducibles (el paciente paga los 100 primeros euros de su asistencia sanitaria anual, el resto lo asume el servicio público de salud).

102

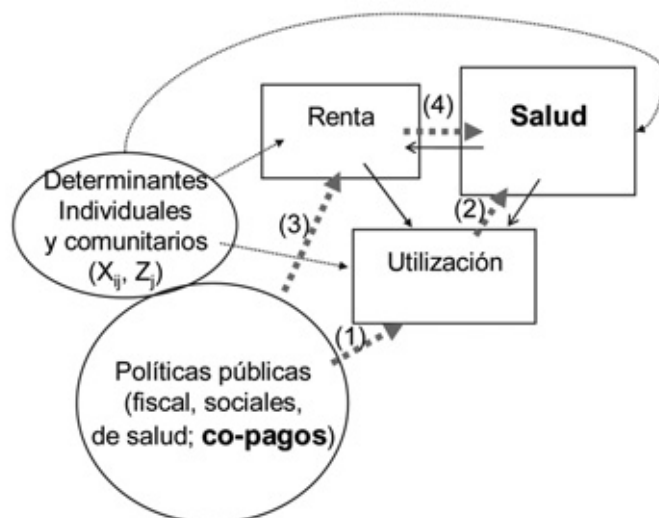
En el apartado 2, analizamos los mecanismos de las relaciones causales entre copagos y salud. A continuación repasamos brevemente los objetivos del copago en un sistema público de salud como el nuestro. En el apartado 4, proponemos algunas cuestiones relevantes en relación con el diseño de los copagos, cuyos efectos esperados se discuten, con la lógica del análisis económico y especial atención a los efectos sobre la salud de las personas y las poblaciones, en el apartado 5. En el apartado 6, revisamos la escasa evidencia científica de tipo empírico sobre la relación entre copagos y salud. Terminamos con dilemas y recomendaciones para orientar las políticas de copago.

## **2. Los mecanismos de las relaciones causales entre copagos y salud**

Las relaciones causales entre copagos y salud son complejas e indirectas (figura 1), y se producen por varias vías y mecanismos. El más importante es el circuito (1)-(2): los copagos causan variaciones en los perfiles de utilización sanitaria, y estos producen cambios en la salud. Son efectos-precio. Además, se producen efectos vía renta (3)-(4). Algunos copagos (por ejemplo, las primas de seguro) alteran la renta real y esta está bidireccionalmente relacionada con la salud. Las dificultades metodológicas para estimar los efectos del copago sobre la salud se deben, fundamentalmente, a la coexistencia de otros determinantes individuales y comunitarios que alteran la salud directamente y mediante la inducción de efectos renta y de cambios en la utilización sanitaria.

Así pues, los principales efectos del copago sobre la salud están mediatizados por su efecto sobre la utilización y de esta sobre la salud. De ahí, la gran dificultad para estimar la pérdida de salud (¿cómo medirla?) que se produciría, si se impusieran distintos diseños de copagos en España.

Figura 1. Relaciones causales entre copagos por atención sanitaria y salud



103

La literatura económica se ha concentrado en la flecha (1): efectos del pago de bolsillo sobre la utilización y sólo ocasionalmente ha entrado en la segunda cuestión. La investigación de servicios sanitarios aborda con mayor amplitud de miras la relación (2) entre utilización y salud: costes de los errores médicos, iatrogenia, calidad de los proveedores, uso apropiado, variabilidad en la práctica médica (VPM) e incertidumbre, etc.

### 3. Los objetivos del copago en un sistema público de salud

En teoría, los copagos tienen dos objetivos, el recaudatorio (compartir el coste de la asistencia, contribuyendo a la financiación de la sanidad pública *cost-sharing*) y el de procurar eficiencia global reduciendo el abuso en el consumo, es decir, reduciendo la utilización innecesaria que no aporta salud pero genera costes.

El objetivo recaudatorio no corresponde al sistema de salud (para eso está el sistema fiscal) ni a este capítulo. Señalamos, no obstante, que este objetivo recaudatorio es relevante para legitimar socialmente los copagos por prestaciones complementarias que aportan comodidad pero no salud (habitación individual, inmovilización con férula de fibra de vidrio, en vez de escayola) y a las que cubren aspectos sólo vagamente relacionados con la salud (¿fecundación in vitro?). El debate sobre las

prestaciones privadas en los centros públicos está abierto (Ortún, 2006) y se plantea como una posibilidad de mejorar la financiación de la red pública mediante pagos privados de bolsillo.

No es objetivo del sistema sanitario público el redistribuir rentas, para eso está el sistema fiscal. El objetivo principal de los copagos, el gran reto, consiste en reducir la utilización innecesaria sin afectar a la adecuada ni perjudicar la salud de los pacientes y de las poblaciones, a corto y a largo plazo. El reto del diseño es incentivar el consumo eficiente. A nivel individual del paciente, el objetivo de los copagos es evitar abusos (uso innecesario) que se pueden producir si el paciente no paga por los servicios que utiliza. A nivel global del sistema sanitario, es reducir la brecha entre eficacia y efectividad.

104

#### 4. Cuestiones relevantes sobre el diseño de los copagos. Tipología

Los efectos esperados varían según el diseño del copago. A este respecto conviene diferenciar según los siguientes criterios tipológicos:

- a) Copagos por acto, por periodo de tiempo o por proceso. Los Sistemas Nacionales de Salud de cobertura universal imponen en su caso copagos por acto, en algunos casos con deducible (Jemai et al., 2004). Los sistemas basados en ideología liberal centran sus copagos fundamentalmente en primas de seguro voluntarias ajustadas por riesgo (González López-Valcárcel, 2002).
- b) Copagos por acción y copagos por omisión. Los primeros son por consumir, los segundos por no utilizar los recursos terapéuticos prescritos (por ejemplo, no adherencia a tratamientos o no asistencia a consultas).
- c) Los copagos incondicionales y los condicionales. El copago como sanción.

La flecha (2) de la *figura 1* señala la causalidad fundamental entre utilización y salud. Si el médico prescribe adecuadamente, en un programa de atención sanitaria gratuita, pero el paciente no sigue las recomendaciones de utilización, la salud pierde. En West Virginia (EEUU) se ha iniciado recientemente una experiencia de copago selectivo vinculado al cumplimiento por el paciente de las indicaciones terapéuticas (asistencia a las consultas programadas, adherencia a los tratamientos, cambio de régimen alimentario). Responde a un planteamiento de copago como

sanción, y se aplica sólo a los pacientes pobres (programa público Medicaid), apelando al paradigma de la responsabilidad del paciente. En el fondo, supone el planteamiento de la equidad como mérito, pero sólo se aplica a los pobres, cuyos condicionamientos sociales, económicos y restricciones de entorno puede que hagan de esta una falsa libertad de elección. El plan de West Virginia saca el contrato terapéutico fuera del encuentro médico-paciente y se teme que no sea capaz de incentivar las conductas saludables, atacando los principios fundamentales del profesionalismo médico: la primacía del bienestar del paciente, su autonomía y la justicia social (Bishop et al., 2006). El sistema sanitario de EEUU tiene muy arraigados los principios del mercado. Las subvenciones, parciales y discriminatorias son excepciones basadas en la necesidad para atender a los pobres (Medicaid) y a los viejos (Medicare) que el paciente, sin embargo, a partir de ahora, ha de empezar a ganarse.

105

En la UE, en cambio, partimos de la salud como bien de mérito que el sistema público ha de garantizar por encima de capacidades de pago y de características personales. En este contexto, un copago condicionado al cumplimiento terapéutico sería una especie de multa que sólo se justificaría si se demostrara que contribuye a ganar salud. Algo parecido a lo que ocurre con las multas de tráfico por no llevar cinturón de seguridad. La respuesta no está clara. El coste de socavar la relación médico-paciente es un argumento de peso en contra.

Otra experiencia de copago condicionado a cumplimiento se ha dado en Suecia con los implantes dentales. El paciente tiene que "merecerlos", lo que se demuestra con el recuento de bacterias en la boca.

En España y en otros países, se ha discutido la financiación de tratamientos de deshabituación tabáquica y de otros que requieren esfuerzo del paciente, condicionada al éxito, al entender que este está en último término en manos del propio paciente. Hay experiencias de cursos de deshabituación tabáquica en los que se devuelve el dinero de la matrícula si se deja de fumar (o se asiste hasta el final). La agencia británica NICE recomienda la prescripción médica de medicación contra la obesidad, solamente, si el paciente consigue adelgazar por su cuenta, con régimen y ejercicio, los primeros 10 kilogramos.

d) Los copagos negativos o incentivos positivos (por ejemplo, premios por dejar de fumar) son la otra cara de la moneda. La lógica que hay detrás es incentivar movimientos eficientes a lo largo de las isocuantas de salud. Los pacientes

cambiarán consumos intrasanearios por recursos saludables autogestionados: cambios de estilos de vida, ejercicio físico.

- e) Copagos sobre *inputs* sobre procesos o sobre resultados. Ejemplo del primer tipo son los copagos de medicamentos, de las consultas médicas o por intervenciones quirúrgicas; del segundo, sería copago de un paciente diabético por el cuidado durante un año; del tercero, podrían ser los copagos en caso de éxito de una intervención o los premios por dejar de fumar.
- f) Muy relevante es la posibilidad de diseñar copagos diferenciados según efectividad (por prestaciones "esenciales" y "no esenciales"). El problema práctico será evaluar el grado de necesidad ("esencialidad") de la prestación para cada paciente (¿quién ha de hacerlo? ¿cómo evitar fraudes?), cómo establecer excepciones personales (evaluar el nivel de riesgo-necesidad del paciente) y excepciones objetivas (copago en cateterismos de más de 3 *stents*).

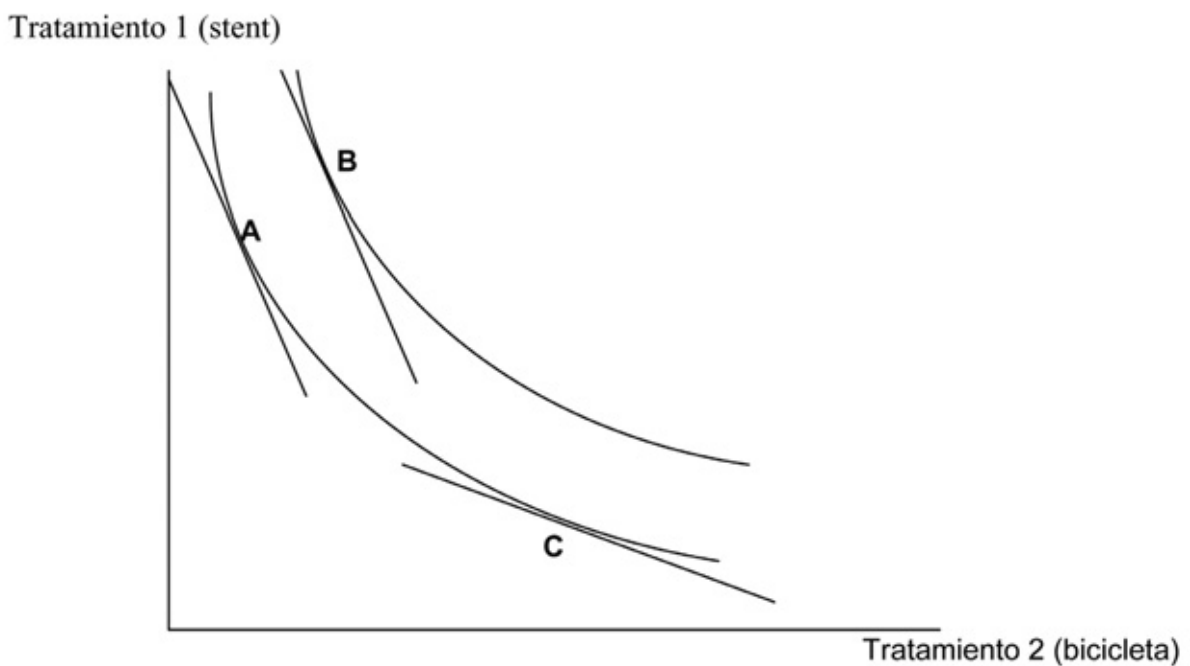
106

## 5. Efectos esperados del copago sobre la salud de individuos y poblaciones

No hay una respuesta única universal. Los efectos del copago sobre la salud dependen de múltiples cuestiones, difieren entre personas y grupos, difieren según el diseño del copago y difieren entre el corto y el largo plazo (Puig-Junoy, 2001).

En la medida en que los copagos alteran la estructura de precios relativos, cambiarán los incentivos a la utilización de las distintas prestaciones, sanitarias y no sanitarias. Si la utilización sanitaria que se suspende por causa del copago es necesaria para el paciente e insustituible, el copago se pagará con salud. Pero puede que sea posible hacer cambios en la función de producción mediante sustituciones de *inputs*, moviéndose a lo largo de la misma isocuanta de salud, es decir, sin empeorar. Por ejemplo, si se impusiera a los pacientes con antecedentes cardiopáticos un copago a los *stent*, se fomentaría el ejercicio físico, sustituir *stents* por bicicletas (Hambrecht et al., 2004), como ilustramos en la *figura 2*. En ella, representamos la función de producción de salud cardiovascular, que se puede conseguir mediante tratamientos más o menos intensivos en *inputs* médico-sanitarios y en *inputs* propios de los estilos de vida del paciente. Un copago de los *stent* podría mover al paciente de A a C: cambiaría utilización sin perder salud.

Figura 2  
 Función de producción de salud.  
 Curvas de *isoefectividad* (sin considerar la incertidumbre)



107

El diseño de los copagos es fundamental, porque si se imponen copagos selectivos de determinados servicios, el consumo se desviará a los que sigan siendo gratuitos. Si, por ejemplo, se impusiera un euro por consulta de atención primaria, los pacientes aumentarían su frecuentación de urgencias y las consultas de especialidad.

Los copagos son incentivos dirigidos al paciente, que es uno de los dos protagonistas de la relación terapéutica y sólo parcialmente responsable de sus demandas. La calidad de la relación de agencia con el médico determinará la efectividad para modular el consumo. En este sentido, conviene diferenciar los servicios asistenciales en los que el paciente toma la iniciativa y decide de aquellos otros que el médico prescribe, es decir, la capacidad de control del paciente, en definitiva. La cuestión de si los incentivos a la adecuación deben estar dirigidos fundamentalmente al paciente o al médico está abierta en la literatura y tampoco tiene respuesta única.

La función de demanda depende del precio que enfrenta el paciente, no de la tasa de copago. En cualquier caso, la relación de agencia modula la utilización. Si el médico no es sensible al precio que afronta su paciente, el copago no influirá en la salud porque no cambiará los patrones de utilización.

108

Tampoco conviene olvidar que todo afecta a todo: el copago de un tipo de prestaciones o *inputs* altera las proporciones de uso de todos los demás servicios y prestaciones. Si se cobra por las intervenciones quirúrgicas con ingreso, aumentarán las ambulatorias; si se cobra por consultas al médico de atención primaria, aumentarán la frecuentación de los servicios de urgencias.

Una condición necesaria, aunque no suficiente, para que los copagos sean efectivos en reducir la utilización innecesaria y, por tanto, no tengan coste en términos de efectividad o salud, es que se impongan a prestaciones que estén *bajo control* del paciente. Si es el médico quien decide y hay alto grado de evidencia científica sobre la indicación, los copagos no tendrán justificación en términos de salud, serán meras transferencias de renta penalizadoras de los bolsillos de los pacientes. Según este planteamiento, el abuso “iniciado por el paciente” es muy limitado en los sistemas públicos de salud (Evans). Afectaría a las visitas al médico de familia y a un porcentaje indeterminado de consultas al especialista –consultas de aquiescencia del médico de familia– y pruebas diagnósticas. Evans estima que, en Canadá, representa apenas un 1 o 2% del gasto sanitario. Con todo, la hipótesis de que impedir el acceso directo del paciente al especialista reduce las visitas médicas y el gasto no se sustenta en la evidencia, al menos en EEUU (Escarce et al., 2001).

La intensidad del efecto del copago sobre la salud dependerá de la elasticidad precio y renta de la demanda (que cambia patrones de utilización) y de la intensidad de la relación causal entre utilización y salud, es decir, según el grado de necesidad, o efectividad, de la prestación. Sobre esta efectividad se cierne la incertidumbre, y actúa como agente amplificador de los efectos del copago. A esta cuestión, dedicamos el siguiente apartado.



## La incertidumbre como amplificador de la relación entre copagos y salud.

### Niveles individual y poblacional

La incertidumbre sobre los resultados de los tratamientos a los pacientes individuales y sobre la efectividad de los tratamientos a las poblaciones actúa como un potente amplificador de la relación entre copagos y salud.

A nivel agregado, la VPM que se observa entre áreas geográficas sugiere un papel relevante a la “geografía como destino”. Sabemos, con evidencia científica sólida y persistente, más allá del aquí y ahora, que en EEUU hay correlaciones positivas entre áreas en el uso de tratamientos posiblemente sustitutivos, lo que sugiere que, en algunas zonas, se hace “más de todo” que en otras, indicando una posible sobreutilización de procedimientos médicos, la cual podría estar coexistiendo con la sistemática infrautilización de procedimientos efectivos. Globalmente, se ha estimado que la variabilidad en los “estilos de práctica” sería responsable en EEUU de una pérdida de bienestar cuantificada en unos 10.000 millones de dólares en 2000 (Culyer et al., 2000).

109

Wennberg y sus colaboradores de la Escuela de Dartmouth clasifican los servicios médicos en efectivos, sensibles a la oferta y sensibles a las preferencias (Fisher et al., 1999).

Los servicios efectivos –aquellos para los que se dispone de evidencia científica de grado A, cuya práctica está protocolizada– presentan poca variabilidad. Por ejemplo, la apendectomía. Los copagos no serían recomendables, pues no hay evidencia de que se produzca utilización innecesaria, y porque el papel del paciente en la demanda es muy débil. Los copagos de prestaciones efectivas únicamente servirían para trasladar parte de la financiación pública a financiación privada, a costa del paciente.

Los servicios sensibles a la oferta presentan alta VPM. Un caso ilustrativo son las consultas médicas al especialista. Estas, y otros procedimientos sensibles a la oferta, tienen tasas poblacionales de utilización positivamente correlacionadas con la disponibilidad de recursos: donde hay más cardiólogos, hay más consultas de cardiología, donde hay más camas hospitalarias la frecuentación es mayor. Se podría reducir la frecuentación sin empeorar la salud. Son, pues, buenos candidatos al copago. Pero parece razonable poner más énfasis en los incentivos a los proveedores que en los copagos a los pacientes. En España, la utilización innecesaria de consultas

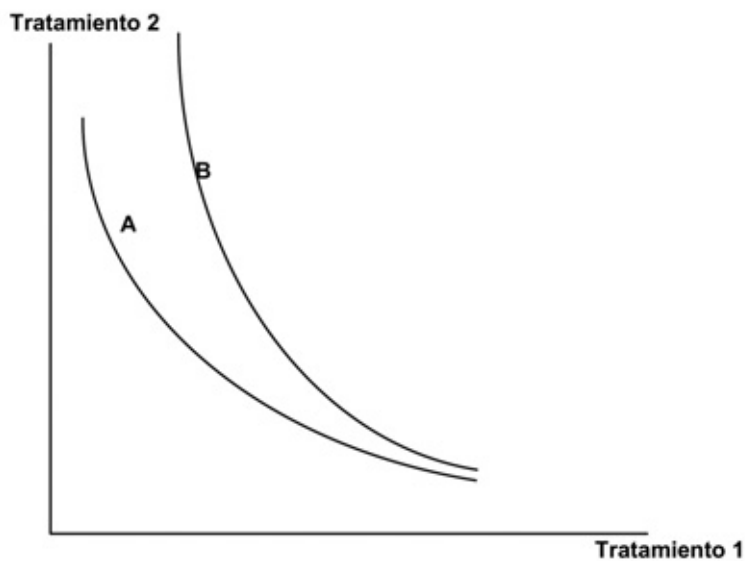
al especialista puede tener su causa más en la falta de incentivos a la eficiencia –el médico de primaria tiene interés en “echar balones fuera” prescribiendo consultas con el especialista y pruebas diagnósticas de dudoso valor informativo, para aliviar la presión asistencial– que en el abuso genuino del paciente. Sin duda, hay consultas innecesarias que se prescriben por aquiescencia del médico de familia hacia la demanda consumista del paciente, pero no podemos cuantificar su peso. Un copago indiscriminado por consulta al especialista reduciría las necesarias y las innecesarias, impondría un coste en términos de efectividad del sistema de salud y distorsionaría los precios relativos.

Los servicios sensibles a las preferencias (por ejemplo, intervención quirúrgica de la hiperplasia benigna de próstata) también tienen altas tasas de variabilidad, pero a diferencia de las anteriores contribuyen al bienestar social, al resolver necesidades médicas. Además, encajan en el actual paradigma de la centralidad del paciente y las decisiones compartidas.

La sólida evidencia de VPM entre áreas, después de controlar por posibles diferencias en morbilidad (control por edad-sexo) sugiere que los incentivos regulatorios y las formas de pago tienen alguna influencia, pero no explican satisfactoriamente el fenómeno. Lo mismo ocurre con la de disponibilidad de recursos (explicaciones por el lado de la oferta, del tipo “una cama disponible se convierte en cama ocupada”). La hipótesis de incertidumbre es la que provee mayor grado de capacidad explicativo-predictiva del fenómeno: las diferentes “escuelas” médicas no perciben de la misma forma la función de producción que transforma atención médica en salud. Las funciones de producción de salud se perciben como en la *figura 3*, de forma distinta por distintos equipos médicos. Los modelos bayesianos de aprendizaje médico proporcionan una explicación plausible al fenómeno de la persistencia de distintos estilos de práctica, aunque no a su aparición.

Los tratamientos sustentados por evidencia científica fuerte sobre su necesidad muestran en todos los países y zonas baja variabilidad geográfica, mientras que aquellos poco protocolizados tienen altísimas tasas de variación. Para ilustrar el tamaño de las diferencias de utilización, señalaremos que en España la cirugía de túnel carpiano presenta una ratio de tasas estandarizadas entre el percentil 95 y el percentil 5 igual a 62, mientras que la cirugía por fractura de fémur tiene una ratio mucho menor (Bernal, 2005).

Figura 3. Función de producción de salud. Curvas de *isoeffectividad* percibidas por las escuelas médicas A y B (bajo la hipótesis de la incertidumbre)



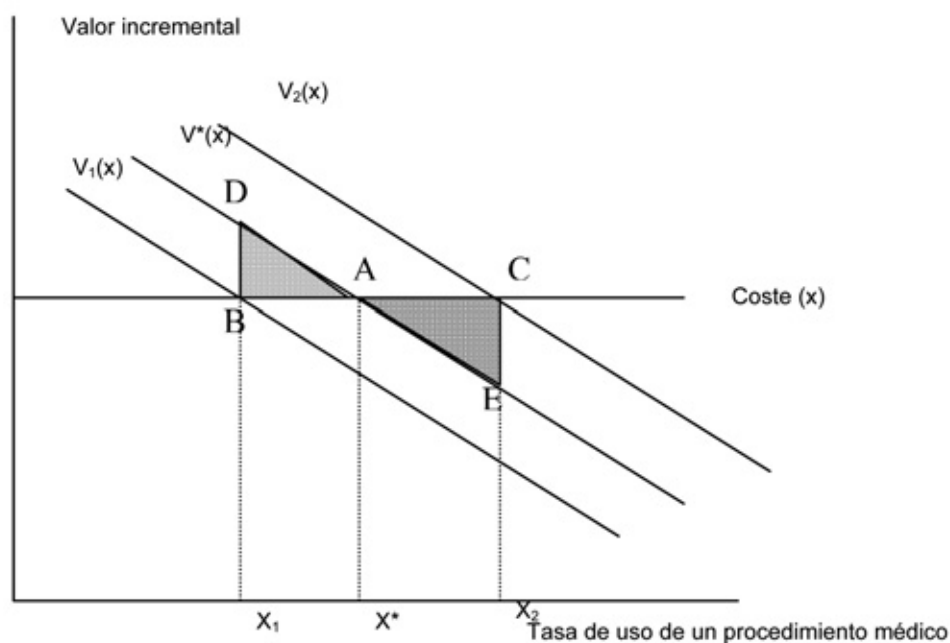
111

También hay evidencia empírica de variabilidad en la utilización de recursos por médicos individuales ("estilos de práctica"). En EEUU, los médicos del decilo más alto gastan el doble que los del primer decilo, después de controlar por gravedad (edad-sexo) de los pacientes. Si ese diferencial obedece a una mayor demanda inducida por relaciones de agencia incompletas –el médico no es agente perfecto del paciente, sino que prescribe tratamientos más o menos intensivos según su conveniencia–, hay una pérdida de bienestar social que requeriría correctivos. Los incentivos dirigidos a los proveedores parecen a priori más efectivos que los dirigidos a los pacientes. Otra posible explicación de este fenómeno empírico, compatible con el bienestar social, es el sesgo de endogeneidad: los pacientes que prefieren tratamientos más agresivos eligen los médicos que más recursos utilizan.

La *figura 4* refleja las pérdidas agregadas de bienestar social por el uso inadecuado de procedimientos médicos bajo ciertas hipótesis, una de las cuales es que la tasa media de utilización observada es la adecuada. Para simplificar, el coste

marginal se supone constante y la relación entre tasa de uso y efectividad –valor incremental– se supone lineal. El triángulo ACE representa la pérdida de bienestar por sobreutilización inapropiada –despilfarro del recurso– es el potencial de ganancia que podría conseguirse mediante copagos. El triángulo ADB es la pérdida por infrautilización cuando el procedimiento es necesario (en pacientes para los que estaría indicado no se utiliza). Analíticamente, se demuestra que, bajo esas hipótesis, la pérdida de bienestar social aumenta en relación directa con el gasto total del tratamiento y con el cuadrado del coeficiente de variación de la tasa de utilización, e inversamente con la elasticidad precio de la demanda. Así pues, la variabilidad en la práctica médica, que reflejaría la incertidumbre sobre la efectividad (el coeficiente de variación) entra en la ecuación que mide la pérdida del bienestar social. El problema es menos grave en los tratamientos más necesarios –insulina para el diabético–, que son muy inelásticos al precio.

Figura 4  
Pérdidas de bienestar social asociadas al uso inadecuado de procedimientos médicos



Fuente:(Culyer et al., 2000)

Este resultado analítico fundamenta tres recomendaciones básicas para orientar las decisiones sobre copagos de la asistencia sanitaria: 1) conviene reducir variabilidad atajando sus causas, particularmente reduciendo la incertidumbre mediante investigación clínica (protocolización, guías clínicas, conferencias de consenso) pero también posiblemente incentivando a proveedores y en menor medida, a pacientes; 2) los servicios de baja elasticidad precio de la demanda, los que son médicamente necesarios, no deben sufrir copagos porque no hay problema de pérdida de bienestar social asociado a su utilización; 3) los copagos serían más efectivos para reducir pérdidas de bienestar en los servicios muy costosos –provocando, sin embargo, problemas de equidad– y en los de uso generalizado por la población (por ejemplo, las consultas médicas).

113

## 6. En busca de evidencia empírica. Revisión de la literatura.

La evidencia empírica sobre copagos y salud en España es prácticamente inexistente. En el exterior, es fragmentaria, débil, escasa y, para países de sistema sanitario público similares al nuestro, se centra en los copagos de medicamentos. La sustitución entre *inputs* (medicamentos por visitas médicas y hospitalizaciones) cuando se impone copago de los fármacos se evidencia, por ejemplo, para el caso de los ancianos con artritis reumatoide (Anis et al., 2005).

Con esas contadas excepciones, hay una alarmante falta de evidencia que en parte se debe a dificultades metodológicas insalvables. Apenas hay experimentos naturales, ni mucho menos diseños experimentales ad hoc, para orientar el futuro a partir de lo ocurrido en el pasado. Hay alguna evidencia sobre reducciones de uso debidas al copago, que se referencia en los capítulos de Marisol Rodríguez y de Jaume Puig. Pero las dificultades metodológicas en el diseño de estos estudios reducen su validez científica. Los experimentos son escasísimos y costosos, con el paradigmático experimento Rand ya lejano en el tiempo y en el espacio, para ser asimilado, por analogía, a España, por mucho que se quiera reivindicar su actualidad (Newhouse, 2004). Los experimentos naturales se producen raramente, permitiendo contrastar el antes y el después, y las publicaciones más frecuentes son estudios observacionales con sus sesgos y problemas de estimación.

Uno de esos raros experimentos naturales se produjo en Québec, y permitió analizar efectos de la introducción del copago de medicamentos sobre la utilización y

sobre la salud (Contoyannis et al., 2005; Tamblyn et al., 2001). Se detectó un aumento significativo de efectos adversos (emergencias, hospitalizaciones, ingreso en asilos, muerte) asociados a la reducción del consumo, que fue mayor para los medicamentos no esenciales pero significativo también para los esenciales.

114

Otro experimento natural previo se produjo en la provincia canadiense de Saskatchewan, donde en 1968 se impusieron tasas de copago a las consultas médicas (33%) y a la hospitalización (6%). Tras siete años, se suprimieron. Si bien se apreció una reducción del uso anual de los servicios médicos en torno al 6%, no se apreció cambio significativo en la utilización hospitalaria (Beck et al., 1980). Nada se publicó que sepamos sobre impactos en salud.

El experimento Rand, que se describe en otros capítulos de este libro, aportó evidencia clara de que los copagos de consultas y de hospitalización afectan a la utilización, también entre los pacientes más enfermos (Shapiro et al., 1986). También influye el copago en el uso de medicamentos (por ejemplo, antibióticos) esenciales y no esenciales (Foxman et al., 1987). Menor es la evidencia de la Rand sobre relación entre copagos y salud, e incluso contraria a la esperada. Así, los pacientes con copago tuvieron menos días al año de restricción de actividades cotidianas por causa de la salud, si bien no hubo diferencias significativas en los días de absentismo laboral entre regímenes de copago (Rogers et al., 1991). No parece que las posibles diferencias en resultados de salud entre los pacientes sometidos a copago y los de asistencia gratuita fueran abismales según los resultados del experimento Rand (Brook et al., 1990; Valdez et al., 1989), aunque se encontraron diferencias significativas en algunas dimensiones de la salud, como la agudeza visual, a favor de los pacientes sin copago, particularmente entre las familias de baja renta (Lurie et al., 1989). En síntesis, del experimento de la Rand se concluye que los efectos del copago sobre la salud son estadísticamente indetectables para el paciente promedio y significativos, pero reducidos, para las familias pobres –que por otra parte están cubiertas por los planes públicos de seguro en EEUU– (Brook et al., 1983). Convendría, además, revisar la metodología de esas estimaciones de los años ochenta, con tamaños muestrales que hoy consideraríamos bajos (en el estudio de Brook, entraron menos de 4000 personas entre 14 y 61 años), que utilizaban medidas de impacto sobre la salud poco sofisticadas –agudeza visual, tensión arterial– o basados en mortalidad más que en calidad de vida. Los resultados de las estimaciones resultan bastante imprecisos.

Tampoco se ha podido apreciar ningún impacto de la introducción de Medicare (cobertura universal de los mayores de 66 años en EEUU) durante los primeros diez años de existencia (1965-1975) sobre la mortalidad de ese grupo poblacional, aunque sí una apreciable reducción de sus gastos de bolsillo en salud (Finkelstein et al., 2005).

La falta de evidencia empírica contundente aplicable a España pone en riesgo los ejercicios del tipo *¿Qué ocurriría si...?* Con todo, en el siguiente y último apartado nos arriesgamos a aplicar nuestra reflexión al tema para aportar algunas recomendaciones para las políticas de copagos.

115

## **7. Dilemas y recomendaciones para las políticas de salud. Qué evitar, qué procurar, cómo hacerlo**

El tema de los copagos debería dejar de ser un tabú en la política española. Afortunadamente, libros como este contribuyen a destapar esta caja de los truenos. Poner el tema sobre la mesa de debate no implica que los copagos deban, ni vayan a ser aprobados. Se trata de un ejercicio intelectual muy sano, ya que aunque hay consenso sobre la injusticia de los copagos actuales de medicamentos (el pensionista rico que no paga frente al parado pobre que paga el 40%; por qué los funcionarios tienen diez puntos porcentuales de ventaja sobre el resto de trabajadores), su revisión está tácitamente prohibida en el debate político. Por otra parte, los costes políticos, en términos electorales, convierten el tema en inviable para ser afrontado en solitario por el partido del gobierno. Requieren consenso, tal vez en un marco más general de pacto por la sanidad y cambios organizativos y de coordinación del Sistema Nacional de Salud (González López-Valcárcel et al., 2006).

Un valor añadido por este debate sería imbuir a la sociedad de la conciencia del coste y de la escasez, en una nueva cultura del pago (conciencia de que los servicios sanitarios cuestan, los pague quien los pague).

Las prestaciones no cubiertas por el aseguramiento público tienen un copago del 100%. El tabú del copago también impide abordar con valentía y sin complejos el debate sobre la cartera de servicios en España. Históricamente, la salud mental y la atención a la dependencia (lo "socio-sanitario") quedaban excluidos y aunque han ido entrando parcialmente y paulatinamente, con grandes diferencias entre CCAA, existen lagunas de las que se quejan las asociaciones de pacientes y hay poca transparencia en las reglas del juego de la cobertura. Las incorporaciones a la cartera

de servicios de nuevas prestaciones suponen, en la práctica, reducir el copago. Para hacerlo, en un juego presupuestario “de suma cero”, se podrían considerar posibilidades de financiación provenientes de otros (nuevos) copagos y exclusiones de la cartera de servicios.

116

Puesto que hay una alarmante falta de evidencia empírica sobre los efectos del copago en la salud, y la que hay se refiere a entornos espaciales y temporales distantes y distintos, las políticas y los diseños del copago en España tendrán que basarse en la lógica especulativa, en el análisis teórico de efectos esperados y en el sentido común. Algunas recomendaciones en negativo –qué evitar– y otras en positivo –qué hacer– se basan en argumentos científicos sólidos, aunque teóricos.

Los programas de cribado poblacional coste-efectivos, como parte esencial de las políticas de salud, deberían quedar en cualquier caso al margen de los copagos para las personas del grupo diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas electivas complementarias eventualmente sujetas, en su caso, a copago. De forma más general, las prestaciones sanitarias personales que implican externalidades en beneficios –vacunas, por ejemplo– deben estar exentas de copago.

El diseño óptimo del copago debe tener en cuenta las discontinuidades en los costes. Imponer copagos tiene costes fijos (reorganización administrativa, costes generales de la infraestructura de gestión de pagos y cobros, etc.). Se trata de encontrar un equilibrio entre la generalización y la excepcionalidad. Conviene admitir la posibilidad de contemplar excepciones de base personal –a los grupos de población vulnerables, ancianos, niños, pobres y/o médica–, –pacientes con tal o cual enfermedad–, y tal vez para algunas enfermedades y procedimientos –los copagos a los crónicos–. Cuanta mayor sea la excepcionalidad, más complejo será el diseño y más difícil de gestionar.

En cualquier caso, el sistema ha de garantizar que los pagos son financieramente afrontables para los pacientes más vulnerables y no limitan el uso de servicios y procedimientos efectivos. El peor de los mundos sería aquel en que los copagos redujeran la utilización necesaria de procedimientos esenciales, empeorando la salud y obligando a mayores gastos asistenciales en el futuro para tratar las complicaciones.

La financiación pública de algunas prestaciones no está justificada, ni desde la perspectiva de la eficiencia ni desde la equidad. Esto ocurre cuando los fallos del mercado que legitiman la provisión y financiación pública no son graves, como, por



ejemplo, en el caso de la cirugía estética. En ella, el paciente es el mejor juez de su bienestar y el mercado asigna eficientemente los recursos sin generar desigualdades socialmente intolerables. La belleza no es, de momento, un bien de mérito en España. El debate sobre la posible provisión por la red pública de estos servicios ajenos a la cartera pública, financiados privadamente, está abierto.

Los copagos deberían ser instrumentos de las políticas de salud con reglas del juego sencillas y claras, que no introduzcan distorsiones y cortocircuitos asistenciales incontrolables. No será fácil resolver esta tensión entre automatismo y flexibilidad. Por una parte, los copagos automáticos (por ejemplo, un euro por consulta) son fáciles y su gestión administrativa cuesta poco, pero no diferencian entre utilización necesaria e innecesaria. La flexibilidad implica discrecionalidad y posibilidad de error, y puede socavar la relación de confianza médico-paciente, sobre todo si el primero ha de cumplir una función juzgadora (médico centinela). Cuanto más complejas sean las políticas públicas, más difíciles de evaluar (Subirats, 2005). Inevitablemente, los diseños de los copagos han de tener cierto nivel de complejidad con el fin de maximizar los efectos beneficiosos y evitar o minimizar los efectos secundarios adversos.

117

Una ventaja de los copagos es que predisponen a mejorar la relación de agencia médico-paciente. Puesto que el médico prescribe servicios que para el paciente empiezan a tener coste, el médico tendrá que rendirle cuentas.

Una consideración de gran importancia es la interconexión entre los distintos servicios y prestaciones asistenciales, y los efectos de sustitución que se producirán, como ha demostrado la práctica insistentemente, si se distorsionan los precios relativos imponiendo copagos a unos servicios y eximiendo a otros. El diseño de los copagos debería tener en cuenta que los *inputs* de la atención sanitaria (medicamentos, visitas médicas, hospitalizaciones) son complementarios. Por ejemplo, no deberían imponerse copagos únicamente a las consultas de atención primaria porque se provocará una desviación importante de la demanda hacia las consultas de especialidad y de urgencias, menos efectivas para resolver los problemas de salud que competen a la atención primaria y más caras.

A priori no hay objeción a los copagos voluntarios de prestaciones complementarias o "extras" que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez. Desde la perspectiva del análisis económico pueden llevar a

una mejora paretiana (nadie pierde, alguien gana). La condición, que en la práctica no está garantizada, es que las prestaciones “básicas” incluidas en la póliza pública no se degraden (que sean realmente copagos voluntarios, que no se pase a tener como estándar la habitación cuádruple en los hospitales públicos). Pagar por esperar menos en servicios no esenciales es una cuestión que requiere del consenso social. Si atenta contra el criterio de equidad socialmente vigente (como lo haría sin duda, por ejemplo, que pagando te suban en la lista de espera de trasplante) ya no hay más que hablar.

Se podrían imponer pequeños copagos por servicios de alta frecuencia, ejemplo, el euro por consulta (diferenciando tal vez entre AP y especialista, para señalar el mayor coste de las consultas al especialista), incluyendo las de urgencias que se califiquen como “no urgentes”. Habría que contemplar ciertas excepciones personales para evitar el infrauso por los grupos más vulnerables. Es posible, sin embargo, que una tasa muy baja no desalentara el consumo innecesario, pero impusiera costes de administración y recaudación mayores que los ingresos. Sin aumentar los recursos de la sanidad, tolerando a la Administración, soportando un coste político alto, no produciría efectos nocivos para la salud pero tampoco racionalizaría la asignación de los recursos.

Estos hipotéticos copagos de las visitas médicas deberían, en su caso, ir precedidos de una reorganización a fondo de los flujos asistenciales, empezando por desbrozar en la atención primaria las visitas burocráticas de las clínicas.

Ahora bien, habría que monitorizar el riesgo de vulnerar la equidad del sistema sanitario. Incluso sin copagos, actualmente, hay evidencias de desigualdades en el acceso (utilización) sanitario entre grupos sociodemográficos en los países con sistema universal público de salud. Las visitas al especialista tienen un gradiente socioeconómico a favor de los más favorecidos en la mayor parte de los países desarrollados (Van et al., 2006).

Los copagos selectivos podrían ser un instrumento de señalización e incentivo al consumo de los servicios más necesarios, que se combinaría con los mecanismos preexistentes de priorización según necesidad (que espere más el que lo necesite menos). Lo ideal sería imponer copagos selectivos modulados por necesidad médica (efectividad esperada), pero en la práctica no resultará fácil. Lo deseable en este sentido sería, pues, que el copago estuviera en función de la efectividad; que el

paciente tuviera que pagar, por ejemplo, únicamente las consultas innecesarias. Pero esto requeriría un cambio organizativo de gran calado en la red asistencial, que pase por diferenciar las consultas burocráticas de las médicas. Además, está el problema de quién y cómo evalúa si cada consulta ha sido o no necesaria. No es prudente ni eficiente socavar la relación de agencia –confianza– entre el médico y el paciente convirtiendo al primero en el juez más que el consejero del segundo, ni conviene recargar todavía más la agenda de trabajo y la lista de tareas del médico.

119

Hay dos grupos demográficamente identificables de población a los que la pobreza afecta específicamente en España, los jóvenes en busca del primer empleo (paraguas de soporte familiar y políticas de renta/consumo/sociales específicas: vivienda) y los ancianos que sólo subsisten gracias a la pensión. Cuando más ancianos, menor la cuantía promedio de la pensión. En muchos casos, están en el límite de la línea de pobreza.

Los copagos no deben poner en riesgo la relación de confianza médico-paciente ni atentar contra la ética médica. Los efectos secundarios de un copago en el que el médico es juez de su paciente y lo premia o castiga (imponiendo un copago) según su conducta, como por ejemplo en el plan Medicaid de West Virginia, pueden anular los hipotéticos efectos beneficiosos sobre la salud.

A largo plazo, la mejor arma contra la utilización inapropiada es reducir la incertidumbre y con ella, la VPM. Invertir en investigación es invertir en futuro.

## Referencias bibliográficas

- Anis, A. H.; Guh, D. P.; Lacaille, D.; Marra, C. A.; Rashidi, A. A.; Li, X.; Esdaile, J. M. *When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions*. CMAJ 2005. 173(11): 1335-1340
- Beck, R. G.; Horne, J, M. *Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment*. Med Care 1980; 18(8): 787-806
- Bernal, E. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica 1[1 y 2]*. 2005. Ref Type: Journal (Full)
- 120 Bishop, G.; Brodkey, A. *Personal Responsibility and Physician Responsibility — West Virginia's Medicaid Plan*. N Engl.J Med 2006; 355(8): 756-757
- Brook, R. H.; Kamberg, C. J.; Lohr, K. N.; Goldberg, G. A.; Keeler, E. B.; Newhouse, J. P. *Quality of ambulatory care. Epidemiology and comparison by insurance status and income*. Med Care 1990; 28(5): 392-433.
- Brook, R.H.; Ware, J. E. Jr.; Rogers, W. H., Keeler, E. B.; Davies, A. R.; Donald, C. A.; Goldberg, G. A.; Lohr, K. N.; Masthay, P. C.; Newhouse, J. P. *Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial*. N Engl.J Med 1983; 309(23): 1426-1434
- Contoyannis, P.; Hurley, J.; Grootendorst, P.; Jeon, S. H.; 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 2005; 14(9): 909-923
- Culyer, A.; Newhouse, J. P. *Handbook of Health Economics*. Elsevier. 2000
- Escarce, J. J.; Kapur, K.; Joyce, G. F.; Van Vorst, K. A. *Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements*. Health Serv.Res 2001; 36(6 Pt 1): 1037-1057
- Finkelstein, A.; McKnight, R. *What Did Medicare Do (And Was It Worth It)?* NBER Working Papers 2005. W11609
- Fisher, E. S.; Welch, H. G. *Avoiding the unintended consequences of growth in medical care - How might more be worse?* JAMA 1999; 281(5): 446-453
- Foxman, B.; Valdez, R. B.; Lohr, K. N.; Goldberg, G. A.; Newhouse, J. P.; Brook, R. H. *The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial*. J Chronic Dis 1987; 40(5): 429-437
- González López-Valcárcel, B. *Los seguros en la financiación pública de medicamentos*. En J. Puig (ed.): *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Barcelona: Masson, 2002
- González López-Valcárcel, B.; Barber, P. *Desigualdades territoriales en el SNS de España. Entre lo deseable, lo tolerable, y lo excesivo*. Documento de Trabajo, 2006. Madrid, Fundación Alternativas
- Hambrecht, R.; Walther, C.; Mobius-Winkler, S.; Gielen, S.; Linke, A.; Conradi, K., Erbs, S., Kluge, R.; Kendziorra, K.; Sabri, O.; Sick, P.; and Schuler, G. *Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial*. Circulation 2004; 109(11): 1371-1378
- Jemai, N.; Thomson, N.; Mossialos, E. *An overview of cost sharing for health services in the European Union*. Euro Observer 2004; 4(3)

- Lurie, N.; Kamberg, C. J.; Brook, R. H.; Keeler, E. B.; Newhouse, J. P. *How free care improved vision in the health insurance experiment*. *Am J Public Health* 1989; 79(5): 640-642
- Newhouse, J. P. *Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment*. *Health Aff (Millwood.)* 2004; 23(6): 107-113
- Ortún, V. *La práctica dual público-privada en sanidad*. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2006; 8(2): 43-45
- Puig-Junoy, J. *Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y porqué*. *Hacienda Pública Española* 2001; 158-3: 105-34
- Rogers, W. H.; O'Rourke, T. W.; Ware, J. E. Jr.; Brook, R. H.; Newhouse, J. P. *Effects of cost sharing in health insurance on disability days*. *Health Policy* 1991; 18(2): 131-139
- Shapiro, M. F.; Ware, J. E. Jr.; Sherbourne, C. D. *Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial*. *Ann Intern Med* 1986; 104(2): 246-251
- Subirats, J. *Catorce puntos esenciales sobre la evaluación de las políticas públicas con especial referencia al caso de las políticas sociales*. *Ekonomiaz* 2005; 60(1): 18-37
- Tamblyn, R.; Laprise, R.; Hanley, J. A.; Abrahamowicz, M.; Scott, S.; Mayo, N.; Hurley, J.; Grad, R.; Latimer, E.; Perreault, R.; McLeod, P.; Huang, A.; Larochelle, P.; Mallet, L. *Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons*. *JAMA* 2001; 285(4): 421-429
- Valdez, R. B.; Ware, J. E. Jr.; Manning, W. G.; Brook, R. H.; Rogers, W. H.; Goldberg, G. A.; Newhouse, J. P. *Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: results from a controlled trial*. *Pediatrics* 1989; 83(2): 168-180
- Van, D. E.; Masseria, C.; Koolman, X. *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*. *CMAJ* 2006; 174(2): 177-183