emergencias 2007;19:32-35

Punto de vista

Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente

E. Moreno Millán

Dr. en Economía, Ldo.en Medicina y Cirugía, Máster en Economía de la Salud. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

España cuenta, desde hace dos décadas, con un Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado públicamente mediante impuestos –aunque hasta el año 2000 coexistieron con cuotas de trabajadores y empresarios– y con provisión de servicios mixta, sobre principios básicos de solidaridad y equidad[1]. A pesar de que sus indicadores clínicos reflejan resultados en salud muy positivos[2] –llegando incluso a considerarse como un modelo exportable– no ocurre lo mismo con los económicos, que muestran un incremento progresivo y preocupante del gasto sanitario (GS)[3] como consecuencia del envejecimiento y crecimiento demográficos[4], la cronificación de enfermedades y discapacidades, la descoordinación y casi ausencia de recursos socio-sanitarios, el enorme e injustificado consumo farmacéutico, la introducción poco evaluada de nuevas tecnologías y el aumento de los precios[5].

Todos los estados de la Unión Europea (UE-25) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), aunque con diferentes modelos sanitarios, comenzaron también hace algún tiempo –básicamente por las mismas razones– a tener problemas para contener el aumento del GS público (GSPb) y conseguir su sostenibilidad financiera[3,6]. España se mantiene desde 1996 entre el 5,4% y el 5,6% del producto interior bruto (PIB) –a pesar del progreso de nuestra economía– y el GSPb per capita está muy alejado de las medias de ambos organismos, alrededor de un 10% inferior al que correspondería por renta. Por tanto, cada día se hace más difícil la viabilidad de nuestro sistema público (SPS), que se sigue financiando con los presupuestos estatales, transferidos a los distintos servicios autonómicos de salud para su gestión desde principios del año 2002[3,7].

Aún cuando los GSPb de los distintos países y los indicadores de sus resultados en salud son habitualmente comparados, lo cierto es que las enormes diferencias de unos modelos con otros –financiación, aseguramiento, gestión, cobertura, provisión, catálogo de prestaciones– y los diferentes gastos en protección social y valor absoluto de cada PIB, hacen que existan muchas dificultades para obtener conclusiones válidas, tanto sanitaria como económicamente. No obstante, sí parece existir una cierta escasez presupuestaria en todos los estados con SPS (especialmente los de tipo SNS)[3,6] y todos los expertos se preguntan cómo combatir esa insuficiencia financiera.

EL SEGURO SANITARIO Y SUS EFECTOS

La teoría económica presenta la posibilidad del aseguramiento como una respuesta racional ante el riesgo y la incertidumbre de los ciudadanos para enfermar, obviamente sin conocer el momento ni la intensidad de los procesos[8-10]. Derivados de la existencia de un mecanismo de seguro ante fenómenos adversos, pagado fiscalmente por todos los individuos de una sociedad específica, surgen comportamientos oportunistas o abusivos como el riesgo moral *(moral hazard)* que se traducen en hiperconsumos de un determinado bien[11-15], lo que conlleva el habitual desequilibrio entre oferta de recursos y demanda de salud, justificado en estos modelos asistenciales por la escasa identificación de las necesidades reales.

Está claro que los tributos, directos e indirectos, que soportan las actividades del sector público, no mantienen relación entre la contribución y el servicio consumido. Es más, la ausencia de coste de oportunidad -debida al precio nulo en el

Correspondencia: E. Moreno Millán
Urb. Aljamar II, casa 6, 41940 Tomares (Sevilla)
E-mail: emorenomillan@terra.es

Fecha de recepción: 5-10-2006
Fecha de aceptación: 8-1-2007

momento de la prestación- provoca una sobredemanda no originada por una verdadera necesidad de salud[8,11-13].

Cuando la demanda supera la oferta, bajo limitación presupuestaria, el racionamiento puede seguir la vía de las cantidades (acceso restringido) o la de los precios, lo que evidenciaría la producción de molestas y peligrosas listas de espera (LE) en el primer supuesto o la asunción de nuevas fuentes de financiación en el segundo caso. La coparticipación del ciudadano relacionaría directamente el coste con el beneficio por el uso del servicio –diferenciando así a quien consume el bien de los que globalmente lo mantienen– en tanto que el ingreso fiscal afectado sería independiente de su utilización[11-14].

Sin entrar en el apartado de la restricción en la accesibilidad (LE)[16], los precios son un mecanismo decisorio de intercambio y la demostración de una preferencia individual. Su ausencia conduce a ineficiencia por consumo excesivo, en cambio su presencia también puede suponer una financiación adicional, poseen efecto disuasorio, mejoran la responsabilidad y minimizan la necesidad de incrementar impuestos[17, 18].

LA COPARTICIPACIÓN PRIVADA

Pero, ¿qué es el copago? En el caso sanitario es la participación del paciente en el coste del servicio durante la prestación. Existen muchas modalidades –asociadas al consumo, al simple derecho de uso, franquicias, etc– y varía desde la aportación de un porcentaje hasta una cantidad fija, o bien formas mixtas, y pueden asimismo aplicarse a todo un grupo social o a individuos específicos, en dependencia del enfermo o del producto[19,20].

Se han vertido algunas opiniones y preguntas –muchas de ellas sin sustento científico– que suelen confundir a los ciudadanos, pero también a los profesionales: ¿Hay que introducir copagos en nuestra atención sanitaria? ¿Qué ventajas y qué inconvenientes presentan? ¿Cómo y cuánto se modifica el empleo de un servicio y el de los posibles que se utilicen como alternativos? ¿Son realmente eficientes en lo económico y efectivos en lo clínico? ¿Inducen inequidad en el acceso o en la fiscalidad? ¿Se pueden producir diferencias entre distintos grupos socioeconómicos? ¿Se puede provocar empeoramiento de la salud, individual o colectiva? ¿Reducen o disuaden del consumo por igual? ¿Qué costes de transacción conllevan? ¿Hay otras fórmulas posibles?

En todos los países de la OCDE existe copago: también en España, en la prestación farmacéutica del SNS (40%) y de MUFACE (30%) de los pacientes laboralmente activos[21,22]. Aunque ya se planteó en el informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS ("Informe Abril")[23], desde la segunda mitad del año 2004 se vienen repitiendo, en distintos foros y por diferentes expertos, llamadas a la contención del GSPb por demanda excesiva de medicamentos y de servicios asistenciales, especialmente atención urgente y alta tecnología. Con respecto a la primera, recogiendo información fundamentalmente producida en las organizaciones de salud de Estados Unidos *(Health Maintenance Organizations-HMO)*[24-28], dada la peligrosa tendencia incremental observada en los costes[29].

El problema es que, aún cuando parecen evidentes algunos de los beneficios que los copagos pueden originar, también se han expresado muchos efectos adversos. En este sentido, se ha apuntado que las circunstancias más adecuadas para su utilidad serían que la elasticidad precio de la demanda (variación marginal del coste de un bien que afecta a la cantidad demandada, siendo sus condicionantes la naturaleza de las necesidades satisfechas por el mismo, la disponibilidad de alternativas y la proporción de renta utilizada en su consecución) no fuese nula, que afectara especialmente a productos de bajo coste-efectividad, que el acceso a los ciudadanos más necesitados estuviese garantizado, y que los gastos de transacción (administrativos) permitieran su implantación[8,30-32]. Es decir, debería tratarse de productos con demandas elásticas, disminuyendo proporcionalmente más el porcentaje del consumo que el del incremento del precio.

Pero, ¿cómo y en qué forma altera un copago el consumo de un producto?, ¿cuál es su efecto asumiendo la existencia de incentivos?, ¿cómo responden los individuos, especialmente los menos agraciados y más enfermos, en función de su renta?, ¿podría repercutir la dificultad de acceso sobre la salud del individuo o de la población y mantenerse a medio-largo plazos?, ¿hay alguna alternativa que produzca el mismo bienestar con menor coste…?

La teoría económica afirma que el copago debería ser más bajo para los servicios con menor elasticidad precio (aquellos con escasa sensibilidad de la demanda ante los cambios del coste), mayor efectividad o sin alternativas concretas. Si lo que se pretende es disminuir la sobredemanda, debería aplicarse sobre las más elásticas, pero si se busca incrementar la recaudación habría que hacerlo sobre las de menor elasticidad. Existe escasa evidencia sobre el resultado de los copagos en la salud, pero se ha comprobado su empeoramiento en la población más vulnerable y en las rentas más bajas, ya que la productividad marginal de un servicio es mayor cuanto peor es el nivel de salud[19,20,33]. Se ha objetivado la reducción del consumo, pero no la adecuación de la respuesta clínica ni el coste total asistencial, y parece afectarse el acceso de todos los pacientes, sean o no hiperconsumidores, incluso en recursos preventivos, lo que provocaría externalizaciones negativas en la salud comunitaria.

COPAGO Y SERVICIOS DE URGENCIAS

Una de las áreas concretas de gestión de los SPS cuya alta frecuentación, escasa competitividad y elevado coste le confieren unas determinadas peculiaridades son los servicios de urgencias hospitalarios (SU). Estos recursos se utilizan excesivamente como entrada al sistema, pues constituyen excepciones a las normales relaciones de agencia imperfecta que suelen presentar el resto de ofertas sanitarias: en los SU las decisiones de acceso están en manos de los ciudadanos-pacientes, en lugar de los profesionales. Así, el 50,2% de los encuestados por el Barómetro del Ministerio de Sanidad usó esta vía en el año 2005, obedeciendo en el 70,5% a iniciativa personal (37,3% porque "no coincidía su demanda con el horario del centro de salud" y 36,4% porque "en los hospitales tienen más medios y se resuelven mejor los problemas"), con un alto nivel (78,6% bien o muy bien) de satisfacción por la calidad de la atención recibida[34-36].

Algunas publicaciones especifican que el copago retrasa la atención en los SU[27,37], lo que podría ser especialmente grave en los pacientes complejos, aunque este extremo parece no producirse, al menos, en los infartos miocárdicos[26]. Sí se ha comprobado que algunos enfermos prefieren no acudir al hospital, o incluso buscar posibilidades de sustitución (consultas, atención primaria)[38,39].

La eficacia no se ve incrementada con la participación financiera privada, se presiona claramente al paciente sin facilitarle adecuada información, no parece disminuir la duración ni el número de servicios cuando se ha conseguido acceder al sistema y, en definitiva, se transfiere el riesgo a los pacientes, sancionando más al enfermo que al sano y al más marginado frente al de mayor renta y, si es ajeno a ella, modifica regresivamente su redistribución. Es decir, los copagos no son equitativos.

Desde el punto de vista recaudatorio, apenas hay evidencia empírica, al contrario, los países de la UE-25 y de la OCDE con cifras más elevadas de coparticipación en los costes tienen porcentajes más elevados de GSPb sobre sus PIB. Además, los mecanismos necesarios para llevar a cabo la recaudación –que es mínima, a no ser que se produzca un reaseguramiento privado frente al copago– son complejos y conllevan altos gastos de transacción que, en muchas ocasiones, disuaden a los políticos de su introducción, fundamentalmente cuando, además, siempre provocan insatisfacción profesional y ciudadana[19,20].

¿QUÉ SE PODRÍA HACER?

Las posibles soluciones que se apuntan pasan por mejorar la eficiencia (hacer más con lo mismo), aumentar la financiación pública (hacer más con más), incrementarla de forma privada (copagos) o racionar las prestaciones (listas de espera). Es evidente que todavía estamos lejos de conseguir, al menos en España, una situación más eficiente de nuestro sistema de salud (uso inapropiado de ingresos, estancias y tecnología; excesivo gasto farmacéutico, escasa coordinación de la gestión hospitalaria con la primaria, inexistencia de red socio-sanitaria, no traslado de riesgos a los agentes, etc.)[5,19,20,32,33].

El incremento de la financiación debería valorar el coste de oportunidad de los servicios, y limitar aquellos de escasa efectividad y que no ofrecen beneficio a la salud global de la población, pero también aumentar la presión fiscal en elementos claramente perjudiciales, como el tabaco –más de 52.000 muertes en el año 2001– cuyo impuesto supuso 7.400 millones de euros para las arcas públicas en el 2004[40], aunque una elevación descontrolada contra el hábito de fumar podría acarrear aumento del desempleo y de la inflación.

Lo que está perfectamente claro es que el racionamiento de las prestaciones sólo puede darse en sistemas donde la demanda, aunque alta, obedezca a una necesidad real de salud y donde exista una oferta adecuada de proveedores, lo que no es el caso de España. Las LE continúan siendo el peor indicador social de nuestro modelo de salud, muy especialmente cuando su tratamiento se realiza mediante peligrosas actuaciones a destajo, muy alejadas de la calidad y la satisfacción imprescindibles en un servicio público que todos pagamos.

En conclusión, no parece haber una solución milagrosa[41] para el problema de la escasez presupuestaria: hay que sensibilizar, concienciar y responsabilizar a políticos, gestores, profesionales y ciudadanos, para que tengan conocimiento verdadero de la diferencia entre demanda y necesidad. Y cuando la primera supere a la oferta, sepamos buscar la mejor alternativa, que no parece ser -desde luego– ni el inefectivo y poco equitativo copago ni las inhumanas restricciones al acceso. En cualquier caso, la decisión –en un entorno democrático– debe asumirla el individuo a través de las urnas, para poder elegir el modelo preferido y así defender nuestro más valioso derecho como personas: la Salud.

Introducir la coparticipación en los actuales SU de nuestro SSP se acompañaría de un importante grado de insatisfacción social, escasa posibilidad recaudatoria con elevados gastos de transacción, y disuasión simplemente parcial de enfermos –quizás crónicos y descompensados, habituales hiperfrecuentadores– que buscarían otros accesos sustitutorios –donde el coste marginal sería con toda seguridad más elevado– conduciendo asimismo a un probable empeoramiento de su estado de salud. Por tanto, ni clínica ni económicamente –ni mucho menos, socialmente– parece rentable esta herramienta financiera. Serían precisos amplios estudios, de difícil y peligrosa realización, para poder afirmar tajantemente estas hipótesis.

BIBLIOGRAFÍA

1- Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. BOE de 29 de abril de 1986.
2- OECD Health Data, OECD, 2005.
3- OECD Health Data (Public health expenditure), OECD, 2005.
4- INE, Demografía española, 2006.
5- López G, Pellisé L, García A. El control del gasto sanitario. Ed. Masson, Madrid, 2001.
6- Eurostat. Total expenditure in social protection, 2005.
7- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
8- Albi E, González-Páramo JM, Zubiri I. Economía Pública (vol. I), Ed. Ariel, Barcelona, 2000.
9- Stiglitz JE. La Economía del Sector Público. Ed. Antoni Bosch, Barcelona, 2000.
10- Utrilla A, Urbanos RM. La Economía Pública en Europa. Ed. Síntesis, Madrid, 2001.
11- Pauly M. The economics of moral hazard: comment. Am Econ Rev 1968;58:531-537.
12- Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. En Handbook of Health Economics, North-Holland, 2000.
13- Lundin D. Moral hazard in physician behavior. J Health Econ 2000;19:639-62.
14- Manning WG, Marquis M. Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard. J Health Econ 1996;15:609-40.
15- Nyman JA. The economics of moral hazard revisited. J Health Econ 1999;18:811-24.
16- Moreno E. Servicios de Urgencias y listas de espera. Emergencias (en prensa).
17- González-Páramo JM, López G. El gasto público: problemas actuales y perspectivas. Pap Econ Española 1996;69:2-38.
18- López G, Wagstaff A. Eficiencia y competitividad en los servicios públicos: algunas consideraciones relativas a la asistencia sanitaria. Moneda y Crédito 1993;196:181-218.
19- Puig-Junoy J. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué. Hac Publ Española 2001;158:105-34.
20- Gené J, Planes A, Berraondo I. Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. Documentos SEMFYC nº 14, Madrid, 1999.
21- Harris BL, Stergachis A, Ried LD. The effect of drug copayments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. Med Care 1990;28:907-17.
22- Puig-Junoy J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. Documento de trabajo 50/2004, Fundación Alternativas, Madrid, 2004.
23- Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.
24- O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. N Engl J Med 1985;313:484-90.
25- 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;334:635-41.
26- Magid DJ, Koepsell TD, Every NR, Martin JS, Siscovick DS, Wagner EM, et al. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. N Engl J Med 1997;336:1722-9.
27- Soumerai BS, Ross-Degnan D. Insurance copayments and delays in seeking emergency care. N Engl J Med 1997;337:1247-8.
28- Selby JV. Cost sharing in the emergency department – is it safe?, it is needed? N Eng J Med 1997;336:1750-1.
29- Williams RM. The costs of visits to emergency departments. N Engl J Med 1996;334:642-6.
30- Navarro V. Análisis para la Asociación de Federaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Salud 2000, nº 33, 1991.
31- Murillo C, Carles M. Diseño de indicadores de capacidad adquisitiva de los usuarios para mejorar la racionalidad y la equidad en la financiación sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, y CRES, Madrid, 1999.
32- Ortún V. Sistema sanitario y estado del bienestar: ¿todo, para todos y gratis? En JR Amor Ed (Ética y gestión sanitaria), Sanitas-Icade, Madrid, 2000.
33- López-Casasnovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, Planas I. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Colección Estudios Económicos, nº 31, Caja de Ahorros y Pensiones La Caixa, Barcelona, 2004.
34- Barómetro Sanitario, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
35- Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? Gac Sanitaria 2006;20:311-5.
36- Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. Gac Sanitaria 2002;16:139-44.
37- Reed M, Fung V, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV, et al. Care-seeking behaviour in response to emergency department copayments. Med Care 2005;43:810-6.
38- Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing: patient knolewdge and effects on seeking emergency department care. Med Care 2004;42:290-6.
39- McConnell KJ. What do health savings account mean for the emergency department? Ann Emerg Med 2005;46:536-40.
40- OECD Health Data (Tobacco consumption), 2005.
41- Duque M. La sanidad necesita con urgencia otro "Informe Abril". El Médico, 2001.

Fe de errores

En la revista Emergencias nº 5 (octubre 2006) ("El tráfico como situación de riesgo previsible: atendemos bien los accidentes de carretera") y nº 6 (diciembre 2006) ("Crisis en los Servicios hospitalarios en urgencias norteamericanos: ¿social, clínica o económica?") aparecen por error mal los cargos del Dr. E. Moreno Millán.