

## ¿Ha llegado el momento?

GRUPO DE TRABAJO EN ECONOMÍA DE LA SALUD  
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

**E**l objetivo de este artículo es exponer el sustrato científico del copago. Para ello, formularemos una serie de consideraciones concretas a la luz de la teoría y la mejor evidencia empírica disponible, de las cuales podría derivarse una potencial hoja de ruta para su implantación en la Región de Murcia. Esperamos así iluminar un debate que, en última instancia, ha de dilucidarse en la esfera política, no en la académica. Entremos, pues, en materia.

¿Qué es y qué no es el copago? Copago es cualquier forma de participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios con la finalidad de evitar un consumo excesivo (y, por tanto, innecesario) producido simplemente porque el seguro sanitario «lo da gratis» (conducta que la economía denomina, gráficamente, como riesgo o abuso moral).

Un ejemplo de lo que es copago sería establecer una cuantía fija por visita a los servicios de urgencias para disuadir de acudir a éstos (en lugar de ir al médico de familia) al paciente que, pongamos por caso, tiene unas molestias musculares leves. Un ejemplo de lo que no es copago, tal y como en este artículo se considera, es la medida de hacer pagar a los pacientes los costes 'hoteleros' de sus estancias hospitalarias (comidas, por ejemplo). Esta medida más que un copago sería una especie de impuesto que tendría como único objeto contribuir al sostenimiento de los gastos generales del hospital, pero no de evitar un consumo excesivo de los servicios prestados en su seno. Por razones similares, no tiene tampoco sentido económico imponer un copago 'simbólico' (por ejemplo, 1 euro por receta).

¿Cuándo y por qué está indicado el copago? El copago tiene sentido cuando el asegurador (el Sistema Nacional de Salud) y los médicos no saben con suficiente certeza si el gasto está justificado o no, dado el estado de salud del paciente y el beneficio que produce el servicio sanitario. Esto convierte a los servicios de atención primaria y de urgencias en ámbitos susceptibles de aplicación del copago, ya que los médicos no pueden juzgar la idoneidad del gasto hasta que atienden al paciente en la consulta. Otro escenario adecuado es el del consumo farmacéutico; en particular, de medicamentos 'no esenciales' o de eficacia limitada. Por el contrario, no parecería oportuno extender el copago a los programas preventivos (por ejemplo, cribado de cáncer), dado que sus beneficios sólo se perciben a largo plazo, resultando muy difícil para el paciente valorarlos adecuadamente en el momento presente. En cualquier caso, el copago ha de intentar abarcar el

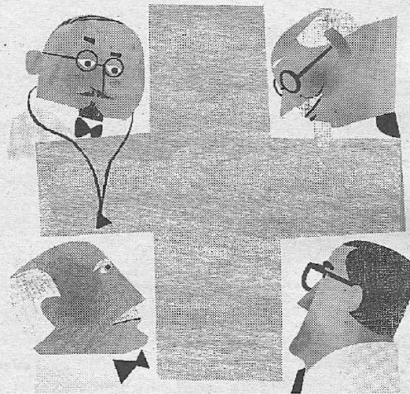
mayor número posible de servicios sanitarios pues, de lo contrario, es probable que se produzca una sustitución de un tipo de gasto por otro (por ejemplo, servicios ambulatorios por hospitalarios).

¿Qué nos dice la experiencia internacional acerca de los efectos del copago? La evidencia sugiere que el copago reduce significativamente el número de visitas al médico de familia y a urgencias, sin que se hayan demostrado perjuicios sensibles para la salud de los pacientes. En el caso del copago farmacéutico, se ha constatado que el consumo de los medicamentos menos eficaces es el que más intensamente disminuye. Hasta aquí las virtudes del copago. Existe, asimismo, evidencia de que el copago tiene un efecto negativo sobre los grupos más vulnerables: ancianos, pacientes de bajo nivel de renta y enfermos crónicos, disuadiéndolos de acudir a los servicios sanitarios, incluso en ocasiones en las que el gasto estaría plenamente justificado

(esto es, sería coste-efectivo).

Resulta evidente que responder a la pregunta que encabeza este artículo no es tarea sencilla. Son los responsables políticos quienes han de decidir si, a la luz de los argumentos aquí expuestos, y teniendo en cuenta los costes de gestión que tal medida pudiera conllevar, se justifica la introducción de copagos sanitarios. En nuestra opinión, el copago no es la panacea a los problemas del sistema sanitario, sino una solución imperfecta, no exenta —como hemos visto— de una lógica económica, que debería ser complementaria de otras medidas como, por ejemplo, la implantación de una auténtica cultura de la evaluación económica de los servicios y productos sanitarios que garantice que las prestaciones que se dispensan realmente «valen lo que cuestan». Así mismo hay evidencia de que las políticas de moderación del gasto sanitario orientadas a influir sobre la práctica médica pueden ser efectivas y tener menos consecuencias sobre la equidad que el copago. Precisamente por el impacto negativo que puede tener el copago sobre los colectivos más frágiles, su articulación ha de ser prudente. A este respecto, la práctica internacional sugiere la necesidad de modular el copago según el nivel de renta del usuario, además de la exclusión de los pacientes crónicos cuando su gasto está cuidadosamente controlado.

José María Abellán Perpiñán  
Silvia Garrido García  
Jorge Eduardo Martínez Pérez  
Ildefonso Méndez Martínez  
Fernando Ignacio Sánchez Martínez



:: MIKEL CASAL