

Debate

El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política

The health copay and inequality: science and policy

Joan Benach^{a,b,*}, Gemma Tarafa^{a,b} y Carles Muntaner^{a,c}^a Grup de Recerca en Desigualtats en Salut, Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Faculty of Nursing, Dalla Lana School of Public Health, and Collaborative Program in Global Health, University of Toronto, Toronto, Canada

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de noviembre de 2011

Aceptado el 8 de diciembre de 2011

On-line el 20 de enero de 2012

Introducción

En las últimas décadas, el término «copago» se ha introducido en grado y manera diferentes en muchos países europeos¹, y a la vez ha aumentado también significativamente el debate social en España en los últimos años. El copago, también conocido en inglés como *patient cost-sharing* o en general *out-of-pocket spending by private households*, incluye muchas posibilidades: desde la puesta en práctica de un pago por servicios de atención médica, el incremento de un pago ya existente, o su ampliación a personas que deberían pagar. Este artículo revisa algunas de sus ventajas y problemas, con un énfasis especial en la equidad. El copago, sin embargo, no es un asunto “técnico” que podamos entender solamente con la mejor evidencia científica disponible, sino que también es imprescindible valorar las estrategias y los intereses políticos que lo sustentan.

Ventajas y problemas del copago

Las principales ventajas aducidas para justificar la necesidad del copago tienen que ver con factores asociados a la economía y la disuasión sanitaria. En el primer caso, se señala que si las personas enfermas pagan directamente parte de los servicios o productos consumidos se reducirá el uso excesivo e injustificado de éstos, y se ahorrarán recursos que podrán utilizarse más eficientemente para ayudar a financiar una sanidad pública que, se dice, es (o va a ser) “insostenible” por resultar demasiado costosa y generosa. Sin embargo, muchos estudios muestran que el copago reduce el uso de servicios sanitarios, sean o no efectivos, en visitas médicas, prescripciones farmacéuticas, admisiones hospitalarias o servicios preventivos^{2–4}. El copago reduce visitas médicas necesarias, con lo cual perjudica a la población necesitada de atención, y alarga el tiempo de estancia en los hospitales como consecuencia de la mayor gravedad que sufren los pacientes cuando finalmente acuden al médico. El clásico estudio de la Rand Corporation en Estados Unidos evaluó las ausencias en las visitas al pediatra de los niños de 0 a 4 años de edad y de 5 a 13 años de edad bajo el copago. Los niños

de 5 a 13 años doblaron el porcentaje de visitas anuales perdidas (15% a 32%), mientras que los niños de menor edad más que triplicaron el porcentaje de visitas no realizadas (5% a 18%)⁵. La evidencia también apunta a que el copago puede producir un ahorro en el gasto en algunos aspectos, pero aumentar otros, y el resultado final es cuando menos incierto. En Estados Unidos, la puesta en práctica del copago en los pacientes mayores de 65 años redujo la atención ambulatoria (20%), pero aumentó las hospitalizaciones (2,2%) y la duración de las estancias hospitalarias (13,4%), en especial entre quienes estaban en peor situación socioeconómica y con enfermedades crónicas⁴. En relación al argumento de la “insostenibilidad”, hay que decir que España gasta menos en sanidad que la media de la Unión Europea (UE-15) e incluso que la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), incluyendo países como Turquía y México (2308 euros ppp per cápita frente a 2426 euros en 2009)⁶.

En el caso de la “disuasión sanitaria”, se señala que obtener servicios “gratuitos” (pero previamente pagados vía impuestos) induce a un mayor consumo o “abuso” del sistema sanitario. Con el copago, quienes están enfermos toman más conciencia del gasto y adquieren una mayor responsabilidad, valoran más los servicios que consumen y moderan su demanda de servicios. Sin embargo, ese razonamiento se enfrenta a varias objeciones. Primero, la afirmación de abuso del sistema sanitario no es un dato claramente constatable. Aunque es cierto que en España la frecuencia de visitas anuales al médico per capita (7,5 en 2009) es bastante alta en el contexto de la UE⁶, muchas de esas visitas parecen responder a necesidades administrativas o son realizadas por otros profesionales de la salud. Segundo, el efecto saludable de estas visitas en términos de prevención y seguimiento no puede descartarse, sobre todo dada la buena salud de la población española respecto de sus ingresos en el contexto europeo. Tercero, aun cuando pueda haber un exceso de “consumo”, éste no cabe necesariamente imputarlo de manera directa a la responsabilidad individual. “Culpabilizar” al enfermo diluye la responsabilidad de las autoridades sanitarias y de los profesionales sanitarios, ya que serían ellos quienes al menos en parte generarían el exceso de visitas. No hay que olvidar que tras el primer contacto que el paciente demanda al médico, muchas veces es éste quien genera las subsiguientes acciones médicas en prescripciones, pruebas, ingresos y hospitalizaciones. Además, en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joan.benach@upf.edu (J. Benach).

relación con el punto anterior, décadas de un modelo sanitario configurado por las autoridades políticas y la industria farmacéutica, caracterizado por ser individualista, “curativista”, centrado en la “farmacodependencia”, la “tecnofilia” y el “hospitalocentrismo”, crearon una fuerte medicalización de la salud con un gasto farmacéutico excesivo (18.000 millones de euros en 2010, el 30% del gasto público sanitario) y un bajo consumo de genéricos.

Evidencia sobre el impacto del copago en la equidad

Aunque en España la evidencia científica que analiza el impacto de las distintas formas de copago sobre la equidad es limitada, la gran mayoría de los estudios disponibles muestran que tiene efectos negativos sobre la equidad^{1,7}. El copago representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios, en especial para los grupos socioeconómicos más pobres y con menos recursos, entre quienes inmigrantes, población infantil, personas de edad avanzada y con discapacidad, padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud. Pueden citarse algunos ejemplos de ello. Un estudio en Estados Unidos mostró que el copago reducía en mayor medida el uso de atención sanitaria entre los niños y niñas más pobres⁵. Una investigación en Corea halló que el copago redujo la demanda de servicios médicos sobre todo en los pacientes de baja renta⁸. Utilizando datos de la década de 1990, los análisis realizados en Francia, Alemania y España mostraron un distinto uso de los servicios de salud: el coste compartido redujo la frecuencia de las visitas médicas, y esta reducción fue mayor en las clases sociales más desfavorecidas⁹. Una revisión sobre el efecto del «gasto directo de cada hogar» en los mayores de 65 años, según ingresos, educación y sexo, observó que las personas con menos ingresos tienen que gastar una proporción más alta de sus recursos en comparación con quienes tienen mayores rentas¹⁰. Además, el copago no sólo perjudica a los más pobres, sino que en muchos países genera nuevos pobres: debido al alto coste de los servicios sanitarios, 150 millones de personas sufren en el mundo anualmente una «crisis financiera» que hace que 100 millones de personas sean pobres¹¹.

Estrategias e intereses políticos y económicos

A pesar de sus numerosos problemas y debilidades, son muchos quienes insisten en los supuestos beneficios del copago. ¿Por qué y quién tiene interés en promocionar su implantación o ampliación? Las respuestas a estas preguntas no son “técnicas” sino políticas. Es sorprendente que no se haya considerado esta evidencia en los debates y las comisiones de expertos de los principales partidos políticos y comunidades autónomas (p. ej. la Comisión Vilardell y en la Comunidad de Madrid). Ello apunta a la existencia de un sesgo ideológico partidario de la privatización de los servicios sanitarios por parte de estas comisiones de expertos. El debate sobre el copago tiene, desde nuestro punto de vista (de manera directa o indirecta), varias funciones: deteriorar la gestión y la imagen del sistema sanitario público, “culpabilizar al enfermo” en lugar de a las autoridades políticas y a los poderes económicos, y tapar o minimizar temas fundamentales de debate, como son la subfinanciación de la sanidad pública, el excesivo gasto farmacéutico y la privatización de la sanidad. En el primer caso, la baja financiación de la actual sanidad pública radica, básicamente, en tres causas principales: la reducción de los impuestos en favor de los más ricos, la casi completa eliminación de varios impuestos (patrimonio, sociedades, grandes riquezas y sucesiones), y el elevado fraude fiscal de las grandes fortunas, las empresas y la banca¹². Como ya se ha indicado, el gasto farmacéutico en España es excesivo, uno de los más altos de la Unión Europea.

El copago, llamado con razón «co-repago» por partidos y movimientos sociales progresistas, al tratarse de un “nuevo impuesto”

ya pagado, desempeña un importante cometido ideológico asociado con la idea de mercantilizar la sanidad, y de que ésta sea una mercancía más regulada por el mercado y la capacidad adquisitiva individual, y no como un derecho¹³. El copago forma parte de un conjunto de acciones generadas por determinados medios económicos y políticos para debilitar los servicios sanitarios públicos y avanzar hacia una sanidad más privatizada. En los últimos años, las iniciativas en este sentido son muy diversas: reemplazar la sanidad pública por la concertada; crear nuevas formas de gestión que permitan que centros y servicios queden sujetos al derecho privado en vez de al administrativo; cesión de la gestión privada de los hospitales públicos; recortes en la sanidad pública, en recursos y en plantilla; o propuestas para incrementar la desgravación fiscal de las pólizas de aseguramiento sanitario privado¹⁴. Por distintos motivos e intereses, tres son los actores más interesados a favor del copago. Por un lado, académicos y expertos que califican la crítica al copago como de miedo irracional, reivindican sus supuestas ventajas sin atender a la evidencia científica contraria, a la vez que minimizan los intereses y las estrategias ideológicas y políticas que lo sustentan; y por otro lado están las instituciones y los partidos conservadores y sus representantes políticos. Entre estos últimos, es el caso del Partido Popular con Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid; el de Convergència i Unió con el *conseller* de economía Andreu Mas-Colell, para quien, puesto que no será posible alcanzar el «acceso universal gratuito» a las prestaciones, hace falta una mayor participación privada para dispensar estos servicios y que los beneficiarios de muchos servicios públicos asuman su coste¹⁵; o el *conseller* de sanidad, Boi Ruiz, quien ha afirmado que «la salud es un bien privado que depende de uno mismo, y no del estado»¹⁶. Finalmente están los intereses de las grandes empresas y *lobbies* de la industria farmacéutica y la tecnología sanitaria, muy interesados en la puesta en marcha del copago sanitario y farmacéutico, y de otras estrategias mercantilizadoras de la atención sanitaria, para que ésta sea una fuente de mayores beneficios a través de distintos «modelos de negocio» (p. ej., hospitales concertados, en régimen de concesión, independientes), muy atractivos para el «capital riesgo» sobre todo en hospitales, centros quirúrgicos, clínicas dentales y de estética, biotecnología y residencias de la tercera edad.

Comentario final

La atención sanitaria no debe ser un proceso comercial sino un bien común, organizado según el principio de cobertura sanitaria universal con independencia del nivel socioeconómico de la población, tal y como reconoce nuestra Constitución. La atención sanitaria pública, equitativa, de calidad y con un alto nivel de prestaciones, debe ser un derecho ciudadano y no un privilegio que sólo pueda pagar una parte de la población llamada «clientes»¹⁷. Para ello, deben disponerse en los presupuestos las partidas suficientes, con un sistema fiscal mucho más redistributivo que el actual. La tendencia a ir hacia un sistema sanitario público progresivamente más mercantilizado y privatizado responde cada vez menos a las necesidades de toda la población, y cada vez más a los intereses privados y a una ideología neoliberal que el «co-repago» contribuye a reforzar.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han concebido y redactado el artículo, son responsables del mismo y han aprobado su versión final.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tambor M, Pavlova M, Woch P, et al. Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *Eur J Public Health.* 2011;21:585–90.
2. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, et al. Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Engl J Med.* 1994;331:650–5.
3. 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.
4. Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med.* 2010;362:320–8.
5. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, 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(9 Suppl):S1–87.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health data 2011. How does Spain compare. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/7/38980294.pdf>
7. De Gooijer W. Trends in EU health care systems. New York: Springer-Verlag; 2007.
8. Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy.* 2005;72:293–300.
9. Lostao L, Regidor E, Geyer S, et al. Patient cost sharing and social inequalities on access to health care in three western European countries. *Soc Sci Med.* 2007;65:367–76.
10. Corrieri S, Heider D, Matschinger H, et al. Income- education- and gender-related inequalities in our-of-pocket health care payments for 65+ patients - a systematic review. *Int J Equity and Health.* 2010;9:20.
11. World Health Organization (WHO). The World Health report. Health systems financing. The path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
12. Navarro V. La necesaria reforma fiscal: alternativas a los recortes innecesarios y contraproducentes. *Revista digital Sistema.* 09-09-11. (Consultado el 18 de octubre de 2011.) Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=6190>
13. Llamazares G, coordinador. La izquierda frente a la privatización de la sanidad. Madrid: Grupo Parlamentario IU-ICV; 2010.
14. Ponte C. Neoliberalismo y sistema sanitario en España. En: Sánchez Bayle M, coordinador. Globalización y salud. Madrid: Ediciones GPS; 2009. p. 227–51.
15. Mas-Colell A. Les oportunitats d'aquesta crisi. Conferència inaugural del curs acadèmic 2011-2012. Cercle d'Economia, 30 de setembre de 2011. (Consultado el 15 de octubre de 2011.) Disponible en: <http://premsa.gencat.cat/pres.fsvp/docs/2011/09/30/18/50/ceb6cf88-9f6d-45cd-8d61-091b445ac9f1.pdf>
16. EF. Entrevista a Boi Ruiz. *El País.com Catalunya.* (Consultado el 26 de octubre de 2011.) Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/cataluna/Boi/Ruiz/salud/bien/privado/depende/Estado/elpepuespcat/20111026elpcat.2/Tes>
17. Bunge M. Los enfermos son pacientes, no clientes. Sin Permiso. 13/09/09. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2749>