

## ARTICULOS COMENTADOS

---

### COPAGO EN EL SISTEMA SANITARIO: ¿TODAS LAS OPINIONES ESTÁN BIEN FUNDAMENTADAS?

José Miguel Morales Asencio  
Profesor. Universidad de Málaga

#### Sumario breve

En este artículo comentado se describen y comentan los resultados del estudio de Trivedi et al., recientemente publicados en el *New England Journal of Medicine*, en el que se analizan los resultados de la introducción de copago en atención ambulatoria en el sistema público de aseguramiento sanitario en EEUU (Medicare), sobre una población de 899.090 usuarios, a lo largo del período 2001-2006.

#### Artículo de referencia

Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly. *N Eng J Med*. 2010; 362:320-8.

---

#### Resumen del artículo

Los autores querían comprobar si el copago en el uso de servicios ambulatorios y de Atención Primaria tenía un efecto derivado sobre la utilización de servicios de atención hospitalaria y de urgencias. Para ello, a través de un enfoque cuasi-experimental, evaluaron longitudinalmente a través de un período de 5 años (2001-2006), planes del seguro público estadounidense Medicare que incrementaron sus copagos, frente a los que no, en la atención ambulatoria. Paralelamente, analizaron si se producían diferencias en los posibles efectos

del copago en función de la raza, el nivel socioeconómico o el padecimiento de enfermedades crónicas.

Los datos los obtuvieron, a nivel individual, de la base de datos de efectividad de la Atención Sanitaria del Medicare (HEDIS), durante el período señalado. Tras analizar 172 planes de aseguramiento público de más de un año de antigüedad en Medicare, seleccionaron 18 que habían impuesto incrementos en copagos por atención ambulatoria, sin haberlo hecho en las recetas de medicamentos.

Compararon estos 18 planes con otros tantos en los que no se habían producido incremento alguno en los copagos.

Como variables de resultado utilizaron 3 medidas de utilización de atención hospitalaria: número de ingresos anuales (excluidas las estancias por procesos de salud mental), estancias anuales y probabilidad de utilización de cualquier servicio hospitalario. Los análisis se realizaron ajustados por edad (65 a 74 años, 75 a 84 años y más de 84), sexo, raza, residencia en zona de ingresos bajo el umbral de la pobreza y nivel de alfabetización.

### *Resultados principales*

Los aumentos de copagos en los centros del grupo experimental alcanzaron un promedio del 95% para las visitas a Atención Primaria (entre 5-10\$ de aumento medio por visita) y un 74% para las consultas a especialistas (entre 5-15\$ de incremento medio por visita). Los aumentos de copago se produjeron con más frecuencia en zonas con niveles de ingresos y educativos más bajos y con mayoría de raza negra.

Al año de aumentar el copago, los usuarios de los centros del grupo intervención, modificaron su frecuentación con respecto a los centros que no habían modificado este concepto: se producían 19,8 visitas menos por cada 100 asegurados (Intervalo de confianza al 95%: 16,6-23,1).

Por el contrario, aumentaron los días de hospitalización (13,4 días más de estancia hospitalaria por cada 100 asegurados, con un intervalo de confianza al 95%: 10,2-16,6), los ingresos hospitalarios (2,2 ingresos hospitalarios más al año por cada 100 asegurados, con un intervalo de confianza al 95%: 1,8-2,6) y la probabilidad de uso de cualquier servicio intrahospitalario (un aumento del 0,7%, con un intervalo de confianza al 95%: 0,51-1,0), acentuándose en los pacientes diabéticos, hipertensos o con cardiopatía isquémica.

### **Comentario**

El estudio cuenta con un marco muestral importante y los autores pusieron gran celo en obtener grupos comparables (no obstante, cabría alguna objeción metodológica sobre el tipo de diseño, que escapa al propósito de este artículo). El perfil de los usuarios no era precisamente de baja utilización de servicios (edad media en ambos grupos en torno a los 74 años) y lo diferencia de otros estudios clásicos sobre copago, como el famoso y obsoleto experimento RAND, que excluía a los mayores en la muestra<sup>1</sup>. Las conclusiones basadas en las variables de resultado elegidas, invitan a una reflexión profunda sobre lo “caro” que puede salir una medida de este tipo para poblaciones vulnerables (mayores, enfermos crónicos y colectivos étnicos con mayor tasa de marginalidad): lo que

se ahorra en visitas en el entorno de Atención Primaria, se “evapora” en costes incrementales de hospitalización de estos mismos pacientes y no viene sino a poner encima de la mesa algo que ya se ha demostrado por otros caminos: el impacto en salud de un sistema centrado en torno a la Atención Primaria<sup>2,3,4</sup> (pese a todo, seguimos anclados en una infrafinanciación del primer nivel en nuestro país<sup>5</sup>).

El copago viene siendo desde hace muchos años un tema recurrente en las propuestas de racionalización de la demanda y de sostenibilidad de los Servicios de Salud<sup>6</sup>. Las modalidades propuestas e implementadas son muchas y diversas, abarcando los pagos y tickets moderadores que repercuten al usuario una parte o la totalidad del coste del servicio, que puede ser reembolsado a posteriori. La finalidad no es otra que generar una “sensibilidad” sobre el coste que suponen los servicios consumidos, intentando evitar un uso inadecuado.

Sus efectos están condicionados a la reacción que tengan los usuarios de los servicios de salud a los incrementos en los precios por utilizarlos. El nivel de renta también determina el impacto de la medida, como es el caso en nuestro país del copago por medicamentos: trabajadores en activo desembolsan el 60% del precio, mientras que los jubilados (en principio, con niveles de renta inferiores), no han de hacerlo.

Las críticas habituales se centran en la desigual afectación que genera en

función de los niveles de renta (el esfuerzo de desembolso es mayor para aquellos cuyo nivel es menor) y en la posibilidad de que la reducción de la utilización no sólo afecte a “demandas innecesarias”, sino también a situaciones en las que realmente es necesaria la atención. En esta línea, se ha esgrimido el potencial efecto deletéreo que tendría sobre el consumo de servicios preventivos (“prescindibles” ante la necesidad de priorizar el gasto)<sup>7</sup>.

A la vista del estudio de Trivedi et al, no hay dudas de que, como en otros estudios, el copago efectivamente reduce la utilización de servicios. Pero, ¿es éste el único enfoque que debe guiar el debate sobre el copago? Es fácil implorar-desde la frustración que impone el exceso de utilización inadecuada de servicios de salud-, actuaciones “contundentes” que desincentiven la frecuentación.... Pero, los estudios nos van reafirmando gota a gota, que los copagos hacen mella en los más desfavorecidos y que puede ser un “mal negocio” desde el punto de vista de la contención de costes, similar a aquello de vestir a unos santos para desvestir a otros.

Y, por otra parte, se echa de menos la misma contundencia en el debate, para extender políticas de Salud Pública que favorecen la racionalidad del uso de los servicios de salud<sup>8</sup> o de modificación de los modelos de práctica profesional que reducen drásticamente la hiperfrecuentación e inducción de demanda<sup>9</sup>

## REFERENCIAS

- 1.- Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981;305:1501-7.
- 2.- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005, 83:457-502
- 3.- Shi L, Starfield B. The Effect of Primary Care Physician Supply and Income Inequality on Mortality among Blacks and Whites in U.S. Metropolitan Areas. *Am J Public Health.* 2001; 91:1246-50
- 4.- Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and Structure of Primary Medical Care Services and Population Health and Health Care Indicators in England. *BMC Health Serv Research.* 2004; 4:12.
- 5.- Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria.* 2007; 39(3):127-32.
- 6.- Lohr K 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: S1-S87.
- 7.- Puig Punoy J. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y porqué. *Hacienda Pública Española.* 2001; 158-3: 105-134.
- 8.-Repullo JR. Identificación y modulación del comportamiento sistemáticamente irracional en Medicina y Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:43-57
- 9.- Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2008;58(550):324-30