

Alternativas a un copago con demasiados claroscuros

La Sociedad de Médicos de Atención Primaria (Semfyc) ha elaborado un estudio científico sobre los diferentes sistemas de copago implantados en países europeos concluyendo que los efectos de éste son más perjudiciales que beneficiosos. Por ello, plantean alternativas reivindicando el papel de la primaria como clave en la gestión del sistema. **Página 10**

DEBATE/ No hay pruebas concluyentes de los beneficios de la coparticipación ciudadana pero sí de efectos perjudiciales, según el informe de Semfyc

Alternativas a un copago con muchos claroscuros

- Expertos de diferentes ideologías abogan por revisar el modelo para controlar una demanda "autogenerada" por las administraciones
- Reivindican el papel clave de la atención primaria como ordenadora de flujos y del médico de familia como gestor de los recursos del centro

MÓNICA RASPAL
C Madrid

Durante cada etapa de recesión económica que atraviesa nuestro país reaparece el controvertido debate sobre la posible participación del paciente en parte del gasto de los servicios sanitarios, un copago que ya existe en el ámbito farmacéutico y que muchos defienden como herramienta disuasoria del consumo abusivo e innecesario del sistema público.

Con el objetivo de analizar su efectividad real, dejando a un lado la discusión ideológica, la Sociedad Española de Medicina de Familia (Semfyc) ha elaborado un informe "técnico", basado en argumentos "científicos y asistenciales" que, según su coordinador, Pascual Solanas, pone de manifiesto la falta de pruebas concluyentes acerca de los beneficios de esta

"Para adoptar medidas eficaces hay otras áreas como la salud pública o la organización sanitaria"

fórmula, mientras que sí hay datos de posibles efectos "perjudiciales" en la equidad y la salud de la población. Así, aunque ha demostrado disminuir la frecuentación —efecto que, según la experiencia portuguesa, sólo dura un año— lo hace tanto en las patologías leves como graves, empeorando la atención y, pese a que también reduce el gasto farmacéutico, no produce un ahorro global, pues el copago en unos servicios orienta al ciudadano hacia otros y los costes de su implementación reducen o eliminan su capacidad recaudatoria.

El documento recoge diversos informes y diferentes experiencias de coparticipación en países y sistemas distintos pero estos resultados son "comunes" a todos ellos (*ver tabla*), tal y como expuso Solanas durante su presentación en una jornada de debate organizada por Semfyc y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS).

Apoyando esta teoría, el portavoz de Sanidad de IU en el Congreso, Gaspar Llamazares, insistió en que lo que él denomina "repago" —pues el ciudadano ya financia la sanidad— es una medida que sólo pretende debilitar un Sistema Nacional de Salud (SNS) "ejemplar" en cuanto a coste-efectividad, ya que los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) apuntan a que en 2010 España gas-



Pablo Vázquez, dir. ejecutivo de Fedea; Antonio Alemany, dir. gral. de Atención Primaria de Madrid; Sergio Alonso, vpte. de ANIS; Josep Basora, pte. de Semfyc; Alberto Fidalgo, portavoz del PSOE; Gaspar Llamazares, portavoz de IU, y Pascual Solanas, coordinador del estudio.

tará en Sanidad sólo el 8 por ciento de su Producto Interior Bruto (PIB) —actualmente es el 6 por ciento—, lo que para Llamazares demuestra que no hay amenazas contra la suficiencia o viabilidad del sistema.

La OCDE atribuye al factor renta y a los determinantes de salud —consecuencias laborales y del modo de vida— tres cuartas partes de este previsible aumento de dos puntos, mientras que la cuarta parte restante responde al gasto farmacéutico y en nuevas tecnologías, por lo que si se quieren adoptar medidas más eficaces hay otras áreas en las que hacerlo como en la salud pública y la organización y gestión sanitaria, apuntó el portavoz de IU.

En su opinión, también el copago farmacéutico ha demostrado ser "ineficiente", pues lejos de disuadir el consumo, el gasto ha crecido el doble que el sanitario ya que las empresas eluden los mecanismos de control y eligen el fármaco más innovador, aunque no

aporte grandes novedades. Llamazares abogó por una agencia estatal coordinadora de calidad —al estilo NICE británico— y puso al Gobierno en el punto de mira, considerando que éste ha obviado algunas de sus competencias coordinadoras y planificadoras con la excusa de la descentralización autonómica.

Filtro de la demanda

Por el contrario Pablo Vázquez, director ejecutivo de la Federación Española de Economía Aplicada (Fedea), también resaltó la necesidad de hacer una reflexión acerca del actual copago pero sin descartar el debate sobre otros modelos, pues, aunque no cree que vaya a resolver todos los problemas del SNS, sí generaría incentivos correctos, controlando y filtrando la demanda de forma que el médico se podría centrar en las patologías más relevantes.

Además, Vázquez matizó que, aunque un 8 por ciento no es un gasto elevado, la economía espa-

ñola no está creciendo a un ritmo similar y no hay fondos para cubrir tantas prestaciones. Sin embargo, el coste político que conllevaría su implantación y la ausencia de reflexión acerca de la sostenibilidad del sistema son, en opinión de Vázquez, las causas de que la fórmula no se implante en base al mejor modelo, que sería el que no tuviera ningún ánimo recaudatorio y se estableciera, como en otros países, en función de la renta para ser equitativos.

La falta de capacidad de decisión política del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial también fue puesta en evidencia por Antonio Alemany, director general de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, quien recordó que en nuestro país existe un copago del cien por cien en algunas prestaciones —odontológicas, ópticas y protésicas—, por lo que habría que racionalizar éste para evitar "perversiones", sin que se contemple como un atentado contra la

equidad, sino como un elemento que la favorezca. Por el contrario, Alemany también matizó que, antes de hablar de copago, se deberían agotar otras posibilidades de gestión y cambiar el concepto actual que el ciudadano tiene del sistema sanitario regulando la presencia de los usuarios, pues el "abuso" se fomenta desde las propias administraciones —por ejemplo, con el programa madrileño del niño sano—.

Respecto a esta demanda, Alberto Fidalgo, portavoz socialista de Consumo en el Congreso, coincidió en que gran parte es "autogenerada" y aseguró que no existen criterios objetivos ni estudios que demuestren un exceso de ésta dado que no contamos con un plan nacional de salud que haya hecho un diagnóstico de la situación. Así, destacó las medidas acordadas en el Interterritorial del

"El mejor modelo de copago sería el que no tuviera ningún ánimo recaudatorio"

18 de marzo como "hoja de ruta" para la racionalización del sistema y aclaró que entre ellas no se incluyó el copago por no existir acuerdo entre expertos ni constar ventajas de éste.

Reforzar al médico de AP

Fidalgo aludió también al papel clave de la primaria como ordenadora de flujos y de gestión, una de las conclusiones recogidas por Semfyc en el informe, que también aboga por reforzar el rol del médico de familia, dándole el control presupuestario de los centros y de las consultas externas de especialidades hospitalarias y, en caso de aplicarse algún tipo de copago, esta sociedad sólo lo aceptaría como un experimento científico, monitorizado para ver sus efectos.

Además, propone como alternativas de racionalización del gasto la incentivación adecuada de los profesionales según sus resultados en la gestión de la agenda, el uso racional de fármacos y de pruebas complementarias y la coordinación entre niveles, así como establecer impuestos indirectos que recaigan en productos relacionados con la pérdida de salud. Otras pasarían por modificar las políticas de cobertura de nuevos medicamentos y establecer un catálogo de prestaciones y cartera de servicios que elimine los "inefectivos" o con un coste-efectividad "inaceptable".

Efectos del copago en los países europeos

- **Belgica:** Disminuyó el uso de servicios con una mínima eficiencia si se valoran los efectos de sustitución. Un 19% de los que se consideraran pobres dejaron de consumir algún servicio y solo afectó al 3% de los que no se consideran pobres.
- **Suecia:** Aumentó la frecuentación al excluir a niños y adolescentes. La disminución del precio por visita en AP y el aumento en la consulta externa hospitalaria (CEH) provocó un incremento del 1% y una disminución del 9%, respectivamente.
- **Países Bajos:** No modificó su uso ni en AP ni en CEH.
- **Francia:** El copago del 10% no modificó las visitas, solo la atención domiciliaria (más cara). Un 15% de los ancianos afirmó evitar su uso.
- **Finlandia:** Disminuyó las visitas en traumatología pediátrica entre un 18 y 27%, afectando a las de causa leve o severa por igual, independientemente del nivel socioeconómico.
- **Dinamarca:** Se redujo el uso apropiado e inapropiado. Disminuyó los exámenes preventivos para la enfermedad cardiovascular de un 66 a un 37% y disuadió a los ancianos de la vacunación antigripal.
- **Irlanda:** Disminuyeron las urgencias y las visitas apropiadas en AP para el control de la Hipertensión Arterial (HTA).
- **Portugal:** El efecto disuasorio se agotó al año de su implantación.
- **Alemania:** No redujo la demanda en las visitas ambulatorias.

CM Fuente: Conclusiones de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semfyc) en base a diferentes estudios europeos.