



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Copagos.

Un instrumento necesario para el uso responsable de los recursos sanitarios

En salud, más no es sinónimo de mejor. Calidad médica es mitigar el dolor y la enfermedad con prestaciones médicas en cantidad y calidad apropiadas. En una política integral de uso racional de los recursos sanitarios, los prejuicios en contra de los copagos deberían desterrarse. Bien utilizados son un valioso instrumento de sustentabilidad, expansión de la cobertura y calidad médica. En este número de los Enfoques se presenta el marco conceptual de los copagos y sus beneficios sociales y sanitarios.

■ Los copagos: ¿son buenos o malos para los usuarios?

Los copagos son instrumentos utilizados en los sistemas de salud de los países avanzados. Independientemente de si se trata de sistemas públicos, seguro social, privados, o una combinación de estas modalidades, los copagos nunca están ausentes. En el sistema de salud argentino tampoco, aunque la tendencia en Argentina es asociarlos con algo negativo. Un prejuicio, no justificado.

Los copagos tienen diferentes finalidades. En general, los usuarios tienden a asociarlos sólo con su finalidad más restrictiva (los "bonos moderadores") o como una forma de disminuir la cobertura, sin embargo, inteligentemente diseñados pueden brindar varios beneficios sociales y sanitarios, específicamente, *hacer sustentables los presupuestos familiares, expandir la cobertura con incrementos en los costos de los planes menos que proporcionales y actuar como un dispositivo inductor de mayor calidad médica.*

■ Los copagos como instrumento de sustentabilidad de los presupuestos familiares

Desde el punto de vista de los usuarios, la lógica subyacente de los copagos es brindar alternativas. La gente tiene diferentes probabilidades de contraer enfermedades. No todas las personas tienen el mismo nivel de proclividad a las mismas afecciones; y nada mejor que las propias personas para prever o proyectar cuáles son las prestaciones médicas que presienten que van a tender a no utilizar o utilizar poco en su horizonte de la vida.

Si la persona se asegura en todos los eventos posibles en un 100% (es decir, sin copagos), paga un alto precio de plan de salud; y con seguridad, está sobre-asegurada en una vasta cantidad de servicios médicos que nunca va a utilizar o que va a utilizar ocasionalmente. Entonces, una alternativa más eficiente desde el punto de vista del presupuesto familiar (eficiente en el sentido de que se puede preservar igual nivel de protección con menor costo de plan), es elegir un plan que tenga copagos en aquellos servicios médicos que la persona intuye que va a utilizar poco y son de bajo costo.

Ejemplo: muchas personas muy cuidadosas de su salud bucal, o que no tienen problemas de vista, o problemas de salud que le exijan consultar con frecuencia médicos especialistas, o que no avizoran necesitar en un horizonte cercano servicios de salud mental, psicoterapia, fisioterapia, medicamentos para enfermedades agudas, van a encontrar más conveniente asegurarse con copagos en estas prestaciones que hacerlo al 100%. ¿Por qué? Porque el gasto en copagos, dado que su uso será eventual, quedará más que compensado por el ahorro de un menor precio de plan.

Esto no implica que un plan con copagos sea siempre mejor que uno sin copagos. Es una alternativa, que para ciertas personas puede ser mejor y para otras no. La valoración del plan va a depender de la preferencia o la aversión al riesgo del individuo. Hay personas con menos tolerancia a la incertidumbre, por lo tanto, se sentirán cómodas con un plan sin copagos (aunque la probabilidad del evento sea remota y el costo de la prestación muy bajo). Otras, con mas tolerancia al riesgo, prefieren ahorrar en el precio del

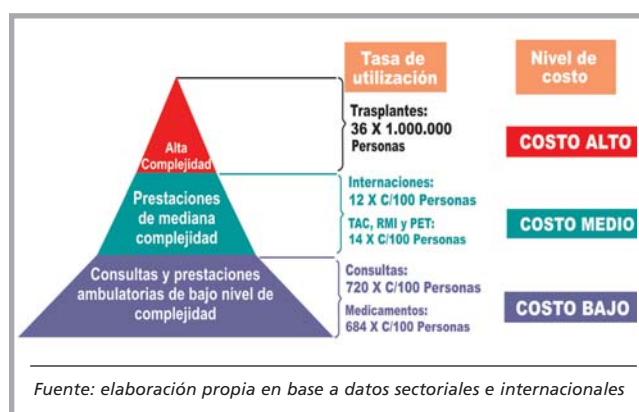
plan, y si eventualmente requieren el servicio, consumirlo con un copago. Son opciones, ambas válidas. Pero una de ellas (el plan con copagos) posibilita gastar menos brindando una alternativa de sustentabilidad al presupuesto familiar.

■ Los copagos como instrumento de ampliación de cobertura

Desde el punto de vista del colectivo de usuarios, una correcta organización de los copagos puede posibilitar la obtención de mayores niveles de protección (mayor cobertura) con aumentos menos que proporcionales en los costos del plan de salud. No todo copago genera este efecto positivo, sino aquellos que se organizan de una manera particular. El "secreto": combinar, dentro del plan, prestaciones con y sin copagos, y cuando se aplican copagos hacerlo con parámetros variables en función de la frecuencia y los valores de las prestaciones.

Para una estrategia eficiente de copagos sirve observar la pirámide (Gráfico 1). Allí se presenta la regla de los costos médicos: los servicios de menor costo son los más diversos y tienden a ser los que más frecuentemente se demandan, mientras que los servicios más sofisticados son menos diversos (más estandarizados), de uso menos frecuente y sus costos son mucho más elevados.

Gráfico 1. Relación entre tasa de utilización y nivel de costo



Así, en la base de la pirámide se ubican las consultas, los medicamentos ambulatorios de agudos, las intervenciones diagnósticas simples (laboratorio de rutina y radiografías), todas prestaciones muy frecuentes (hay en promedio 720

consultas y 684 medicamentos anuales por cada 100 personas), pero de muy bajo costo, al punto que es factible financiarlas parcialmente con los presupuestos familiares.

En el medio, se ubican las prestaciones de mediana complejidad, entre las que se destacan las internaciones y los servicios ambulatorios más tecnológicos (tomografías -TAC-, resonancias -RNM-, PETs); a grandes rasgos, son menos asiduas (entre 12 a 14 cada 100 personas) y son marcadamente más costosas; financiarlas con presupuestos familiares, no es tan fácil.

En la cúspide, las prestaciones de mayor complejidad que involucran tratamientos muy sofisticados, con internaciones prolongadas, cuidados intensivos, prestaciones altamente tecnificadas (TAC, RNM, PET), medicamentos especiales; un ejemplo son los trasplantes, que se presentan con muy poca asiduidad pero tienen costos elevadísimos para el presupuesto de un hogar.

De la simple observación de la pirámide, intuitivamente surge que las prestaciones "candidatas" a copagos para una organización más eficiente del plan deben seleccionarse en la base: en las consultas, los medicamentos simples, los análisis de laboratorio, la radiología simple; y a medida que se sube por la pirámide ir reduciéndolos hasta llegar a la cúspide donde la cobertura puede ser del 100%, sin copagos.

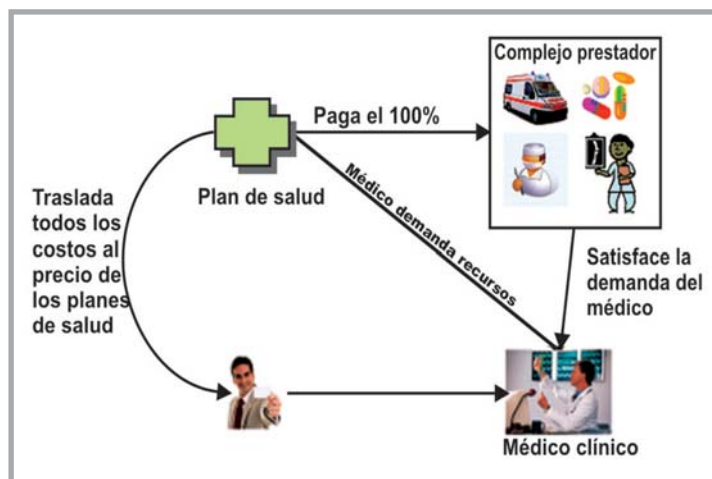
Con pequeños copagos en aquello que es utilizado por el mayor número de personas y es más barato (por su baja complejidad) se puede cubrir más integralmente aquello que es mucho más costoso pero que es utilizado por una minoría desafortunada (personas con enfermedades serias).

Entonces, con un diseño inteligente de copagos se puede lograr cierta solidaridad desde el punto de vista que un gran número de personas, no muy enferma, paga pequeños copagos en su consumo, para permitir una mayor cobertura a la minoría que está mucho más enferma. Una organización del financiamiento que permite expandir cobertura con incrementos de costos menos que proporcionales.

■ Los copagos como instrumento inductor de calidad médica

Finalmente, está la finalidad de los copagos como "moderadores". En general, se tiende a creer que la "moderación" es impuesta al usuario. Nada más lejos de la realidad. La moderación hace referencia al uso prudente y racional de los recursos sanitarios por parte de los profesionales y las instituciones médicas. Para entender el concepto puede servir el Cuadro 1.A.

Cuadro 1.A. Modelo de funcionamiento del plan SIN copagos



Cuando las prestaciones médicas no tienen copagos, se produce el síndrome del "tercer pagador". El usuario percibe una aparente sensación de "gratuidad", asociada a que con la sola presentación del carné de afiliado puede acceder a todos los servicios médicos. Los profesionales médicos, ante el relajamiento del usuario, pueden verse tentados a inducir una mayor cantidad de estudios, prácticas y prescripciones que no son estrictamente necesarias, o que no se elegirían en un contexto en el que el usuario tenga que pagarlas directamente de su bolsillo. El hecho de que un "tercer pagador" (el plan de salud), invisible en apariencias, se hace cargo del 100% de los gastos, puede incitar a los profesionales a sobre-demandar prestaciones médicas. La sobre-demanda consiste en ordenar consumos al complejo médico prestador que, bajo parámetros de prudencia médica, podrían ser evitados.

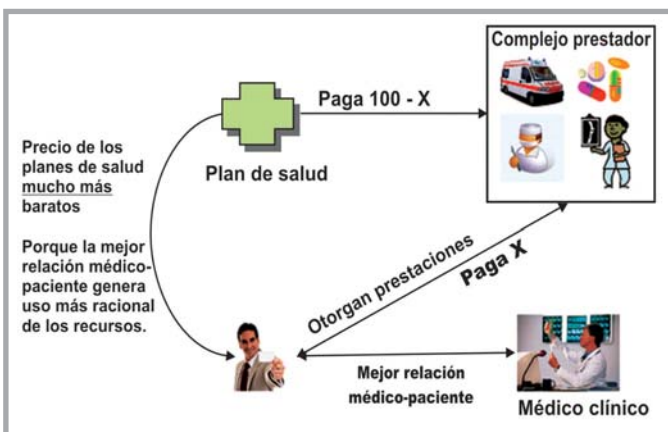
La sobre-demanda no contribuye a la calidad médica. Demandar de más puede ser tan pernicioso como demandar de menos. La calidad en

“ *Los copagos son instrumentos de gestión que, inteligentemente diseñados, pueden contribuir a un mejor uso de los presupuestos familiares de los usuarios.* ”

medicina se asocia con la obtención de buenos resultados médicos haciendo un uso preciso y apropiado de los recursos sanitarios existentes y el conocimiento científico prevaiente. Además, los costos de la sobre-demanda finalmente se trasladan al paciente, mediante un mayor costo del plan de salud. Un modelo sin copagos no tiene ningún dispositivo interno que promueva de manera automática el uso racional de los recursos sanitarios.

Para reflexionar sobre la diferencia de un modelo con copagos se presenta el *Cuadro 1.B.*

Cuadro 1.B. Modelo de funcionamiento del plan CON copagos



Cuando el usuario abona parte de las prestaciones médicas, su actitud hacia los costos cambia. Aunque el monto del copago sea pequeño, las estrategias diagnósticas o de tratamientos que involucran numerosos estudios, prácticas y prescripciones son analizadas con más responsabilidad. Por el profesional, porque ahora es consciente de que la estrategia le cuesta dinero a su paciente; y por el mismo paciente, que al afrontar parte de los costos aspira, por lo menos, a ser informado sobre la utilidad y prioridad de las prestaciones solicitadas en la estrategia médica. En el fondo, este mayor sentido de responsabilidad compartida es lo que caracteriza a una buena relación médico-paciente.

En el modelo de copagos, este pequeño co-

financiamiento, sin comprometer financieramente la economía familiar, incorpora un dispositivo automático de autocontrol: una buena relación médico-paciente enfocada a una utilización racional de los recursos.

Las chances de obtener buenos resultados médicos haciendo un uso preciso de los medios sanitarios se incrementan. En otras palabras, la posibilidad de generar calidad médica en las prestaciones de baja complejidad es una realidad con el uso inteligente de los copagos.

Vale recalcar que se está aludiendo a la calidad médica en las prestaciones más simples, frecuentes y de bajo costo; para las prestaciones más sofisticadas y de mayor costo, los copagos no son apropiados, son otros los instrumentos hábiles para crear calidad médica (guías clínicas, protocolos, acreditación, comités médicos, educación continua, etc).

■ Conclusión

Los copagos son instrumentos de gestión que, inteligentemente diseñados pueden contribuir a un mejor uso de los presupuestos familiares de los usuarios, a aprovechar mejor los recursos sanitarios para expandir la cobertura con menores costos de los planes y a generar una mejor relación médico-paciente que funcione como un mecanismo automático de autocontrol para el consumo racional de las prestaciones médicas generando mayor calidad médica.

En los tiempos que corren -de ansias exacerbadas de expansión del PMO sin la contraparte de recursos financieros, de controles de precios sujetos a criterios arbitrarios, de nueva regulación de prepagas plagada de errores e inconsistencias técnicas- hace falta imaginación, creatividad y capacidad técnica. Hay que apelar a una batería de instrumentos de gestión para seguir teniendo planes de salud privados financieramente sustentables y creadores de calidad médica; los copagos son buenas herramientas que no deberían ser dejados de lado por un prejuicio equivocado. ■