



Abajo los mitos

Mito 4: Hacer pagar al paciente acabaría con el despilfarro y aseguraría un mejor uso de los servicios de salud.

Traducido por CAS Madrid con la autorización de Canadian Health Services Research Foundation, copyright (2001)

Una antigua creencia, que provoca a menudo discusiones, sostiene que los pacientes abusan en gran medida del sistema sanitario solicitando, de forma excesiva, actos médicos costosos e inútiles por la única razón de que son gratuitos. Entonces, ¿por qué no enseñar a los canadienses a comportarse de manera más responsable, obligándoles a pagar los gastos de cada acto médico demandado?

Por la sencilla razón de que esta idea es insostenible. Hace tiempo que los estudios han demostrado que hacer pagar al paciente no terminaría con los actos médicos injustificados, y que tampoco serviría de mucho para reducir los gastos sanitarios. Ni siquiera se puede afirmar categóricamente que haya despilfarro de los recursos sanitarios por parte de los pacientes.

¿Abusan los pacientes de los servicios de salud? La realidad

Robert Evans, economista de la salud en la Universidad de Colombia Británica de Canadá, nos recuerda que una intervención médica no es ninguna banalidad. La gente no va al hospital como el que va a la compra, haciendo cola con impaciencia para exigir que le hagan un trasplante cardíaco, simplemente porque es otro el que paga.

De todos modos, los pacientes no podrían agotar el presupuesto sanitario aunque quisiesen. Las intervenciones y tratamientos en ambulatorio y hospital y los actos médicos relacionados, junto con las visitas a domicilio y la prescripción de medicamentos constituyen la mayor parte del presupuesto sanitario canadiense (1). Todos estos gastos dependen muy poco del paciente, puesto que éste necesita una orden de su médico (2) para obtener medicamentos, consultas con otros médicos, cuidados o ingresos hospitalarios, análisis, etc.

Esto significa que el paciente, prácticamente, de lo único que podría abusar es de la cantidad de consultas. Éstas absorbieron alrededor del 13,5 % del total del presupuesto sanitario canadiense del año 2000. Dentro de este total, es preciso distinguir entre la primera consulta, por iniciativa del propio paciente, y las siguientes visitas que, generalmente, las decide el médico. Según Evans, las primeras constituyen aproximadamente la mitad del total, es decir, alrededor del 6% al 7% del gasto sanitario total. Partiendo de la base de que la mayor parte de esas primeras consultas son razonables, Evans estima que el abuso por parte de los pacientes se sitúa entre el 1% y el 2% del total del gasto sanitario, una cifra que dista mucho de ser alarmante.

Se intentó y no dio buenos resultados

De cualquier modo, es poco probable que hacer pagar al paciente disminuya los gastos sanitarios. Los investigadores han constatado que el pago por los costes de utilización – que la provincia de Saskatchewan puso en marcha, para abolirlos siete años después-, provocó un descenso de cerca del 6% anual de la utilización de servicios médicos. Esta disminución se debió, sobre todo, a que las personas mayores y los pobres redujeron en un 18% aproximadamente el número de sus consultas médicas (3). Aún así, los costes globales de salud en Saskatchewan no disminuyeron porque los honorarios de los médicos aumentaron y porque la gente con mayor nivel adquisitivo consultó a su médico con más frecuencia. Por otra parte, este sistema de cobro al paciente no tuvo ninguna incidencia en el gasto en servicios hospitalarios, que son los que más cuestan.

Otro caso bien conocido de sistema de pago es la experiencia Rand de Estados Unidos. Mediante este sistema, se decidió asignar a la gente distintos tipos de cobertura médica. Estos regímenes se diferenciaban en los precios que cobraban a sus socios cada vez que solicitaban asistencia médica.

Los encargados de evaluar el proyecto constataron que los pacientes con seguros más caros eran los que menos servicios recibían. Sin embargo, el porcentaje de utilización de antibióticos, de los días de estancia en hospital o el de admisiones injustificadas seguían siendo los mismos (5)(6), con o sin pago por servicio recibido, lo que prueba que este sistema no soluciona esos problemas.

Lo que sí cambió fue la utilización de servicios médicos por parte de los pacientes de alto riesgo y con bajos ingresos. Si bien el descenso fue general, esta bajada fue más importante para los pobres. El estudio también mostró que los enfermos corrían más riesgo de morir en los casos en que debían pagar para acceder a los servicios médicos (7).

No obstante, los evaluadores del grupo Rand constataron que los costes para el sistema sanitario eran menores cuando las personas pagaban por cada acto médico que cuando el seguro cubría la totalidad. Esto parecería demostrar que

en esta ocasión, al contrario de lo sucedido en Saskatchewan, el sistema de pagos ha servido al menos para reducir los costes.

¿Es realmente así?. Mientras que la experiencia de Saskatchewan incluía a todos los pacientes, el grupo Rand estudió sólo a un grupo disperso de 5.800 personas, donde cada médico sólo atendía a unos pocos de los pacientes que participaban en el estudio, lo que resulta insuficiente para demostrar su efecto sobre el sistema sanitario. Al contrario de la experiencia realizada en Saskatchewan, la del grupo Rand no aporta nada sobre los gastos globales. No se puede sacar de este trabajo la conclusión de que los costes de los servicios médicos hayan disminuido en todo el sistema sanitario porque el estudio con el grupo Rand no ha aportado ninguna prueba en ese sentido.

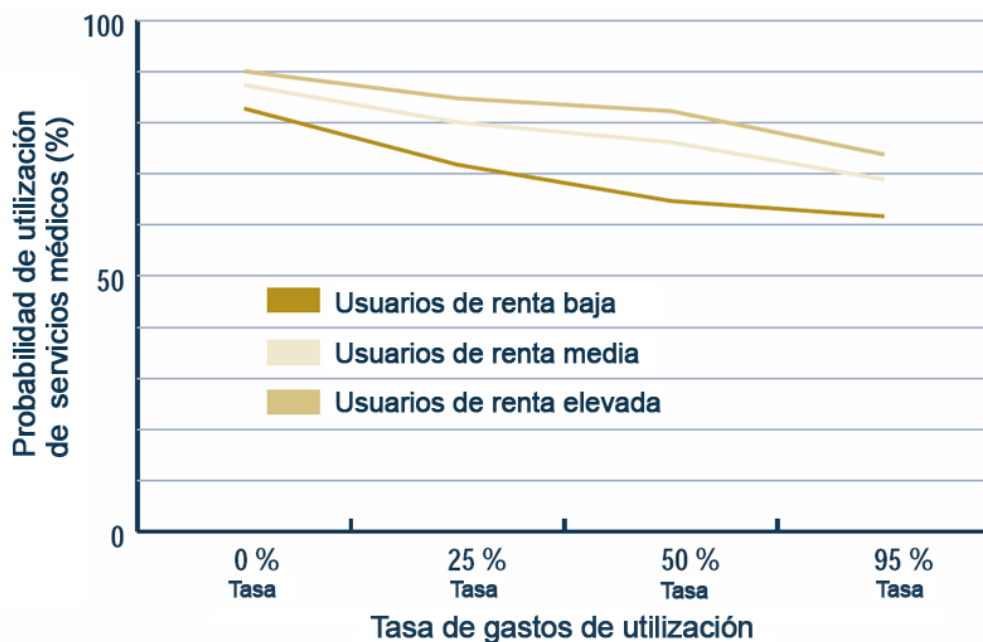
¿Ahorros de pacotilla?

Lo que sí queda bien claro en ambos estudios es que, cuando hay que pagar gastos adicionales, son sobre todo los pobres los que utilizan menos los servicios médicos. A largo plazo, probablemente esta restricción resultaría más cara que el ahorro inmediato, porque la salud de los pobres y de las personas mayores está más deteriorada y necesitan mayor atención.

En Quebec, por ejemplo, cuando las personas mayores y los beneficiarios de la ayuda social tuvieron que pagar una parte de los medicamentos prescritos, los tomaron en menor cantidad. Sin embargo, este tipo de pacientes estaban más enfermos y acudían con mayor frecuencia a los servicios de urgencias de los hospitales. Estos hechos confirman estudios anteriores que demuestran que el pago por utilización de servicios médicos, si bien puede a corto plazo reducir costes, a la larga acaba por aumentarlos porque mucha gente, en vez de tratarse a tiempo, espera a sentirse peor para decidirse a consultar.

A pesar de un discurso bien elaborado que puede parecer sensato, hacer pagar al paciente no haría más accesible el sistema sanitario. En más de una ocasión, los estudios han demostrado que, inevitablemente, favorece a las personas con buena salud y elevados ingresos, al tiempo que empeora la situación de los más pobres y de los más enfermos.

Efectos del pago sobre la utilización de los servicios médicos; estudio de Rand en múltiples regímenes de seguro de enfermedad



Legenda: En efecto, la gente utiliza menos los servicios sanitarios cuando aumentan los gastos de utilización – sin embargo, las personas más afectadas por esta medida son las de menor nivel económico que, a menudo, son las que necesitan una mayor atención médica-. En el estudio de Rand, dicho grupo disminuyó un 21,1% su probable utilización de los servicios médicos pasando de un 21,1% cuando no existía ningún tipo de pago por utilizarlos a 61,7% cuando la cantidad a pagar era máxima.

Datos tomados de: Manning WG et al. 1987. "Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment." *American Economic Review*, 77(3):251-277

- (1) Institut canadien d'information sur la santé. 2000. Tendances des dépenses nationales de la santé, Rapport 1975-2000.
- (2) Stoddart GL *et al.* 1993. Why Not User Charges? The real issues. Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique. HPRU, 93 : 12D.
- (3) Beck RG et JM Horne. 1980. « Utilization of publicly insured public health services in Saskatchewan before, during and after copayment. » *Medical Care*; 18 : 787-806.
- (4) Manning WG *et al.* 1987. « Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. » *American Economic Review*; 77 : 251-277.
- (5) iu AL *et al.* 1986. « Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. » *New England Journal of Medicine*; 315 : 1259-1266.
- (6) Foxman B *et al.* 1987. « The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial. » *Journal of Chronic Disease*; 40 : 429-437.
- (7) Brook RH *et al.* 1983. « Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. » *New England Journal of Medicine*; 309 : 1426-1434.
- (8) Stoddart GL *et al.* 1993. User Charges, Snares and Delusions: Another look at the literature. Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique. HPRU, 93 : 14D.
- (9) Tamblyn R *et al.* 2001. « Adverse events associated with prescription drug costsharing among poor and elderly persons. » *Journal of the American Medical Association*; 285(4) : 421-429.

http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth4_f.pdf