

Cartas a la directora

El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias***Copayment and its contribution to equity: implications for emergency services***

Sra. directora:

He leído con atención los dos interesantes artículos de Rodríguez et al.¹ y de Benach et al.² publicados en GACETA SANITARIA: *Por qué no hay que temer al copago* y *El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política*. Muchas de las afirmaciones vertidas por unos y otros autores pueden ser susceptibles de matizaciones y de controversia. Desde la vivencia diaria en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) frecuentemente saturado³, somos muchos los que consideramos que la universalidad de la atención sanitaria, la gratuidad total y la conciencia generalizada de posesión de múltiples derechos, sin recordar los deberes como pacientes que tenemos, hacen que pueda realizarse un mal uso o abuso (por parte de un sector de la población) de los recursos sanitarios. La solución a este desajuste entre recursos y demanda de la ciudadanía tiene tres puntos clave: la asistencia al SUH, la eficacia-eficiencia del propio servicio y su personal, y el flujo de salida de pacientes desde él (ingresos no demorados, traslados y altas adecuadas y precoces)⁴. Es decir, que todos «tenemos que arrimar el hombro»: los/las políticos/as y nuestros/as gestores/as que deben garantizar la cobertura y las prestaciones a toda la población; los/las profesionales de la sanidad que debemos trabajar más horas y cobrar menos, reciclarnos y actualizarnos en nuestro tiempo libre y con nuestro dinero; y también, aunque no resulte políticamente correcto, los/las ciudadanos/as haciendo un buen uso de los recursos públicos.

En el artículo de Benach et al.² se recuerda que «el copago reduce el uso de servicios sanitarios». Efectivamente así ocurre, y es conocido en los SUH⁵; de manera muy significativa (15% de las visitas) y curiosamente las que han sido calificadas como leves o no susceptibles de haber acudido a un SUH, sin resentirse las calificadas como emergentes o urgentes (que sí tienen una justificación para acudir o ser remitidas al SUH). Así, es discutible la afirmación de que las personas más enfermas o las más graves puedan salir perjudicadas. Además, hay múltiples soluciones para que el copago lo realice quien no debería haber utilizado el SUH al disponer de otros niveles asistenciales, y que tampoco sea adjudicado a quien no tiene posibilidades económicas ni al considerado enfermo urgente o emergente (perfectamente tipificable por los sistemas de triaje y otros indicadores). Sólo hace falta querer hacerlo. Por otro lado, también resulta llamativo que «la afirmación de abuso del sistema sanitario no es un dato claramente constatable» y que «culpabilizar al enfermo diluye las responsabilidades de las autoridades y de los profesionales sanitarios, ya que serían ellos los que generarían al menos en parte el exceso de visitas». Todo lo contrario: en realidad, es constatable que algunos/as ciudadanos/as hacen un mal uso del SUH, y lo que es inimaginable para cualquiera que

Véase contenido relacionado en DOIs:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.026>,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.001>

Tabla 1

Algunas respuestas de pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital por cuenta propia

Motivo de asistencia al servicio de urgencias	Porcentaje
Porque estimaban que su problema era urgente y debían ir al SUH sin pasar por el CS	25
Porque prefieren ser vistos en el SUH en vez de en su CS	19
Porque el horario les venía mejor y es elegido por el paciente	16
Porque el usuario decide dónde tiene que acudir	12
Porque así lo tienen establecido por sus médicos debido a alguna enfermedad existente	9
Porque ya que venían a Toledo a otros asuntos acudían también al SUH	6
Porque no saben a dónde acudir y si lo hubiesen sabido habrían ido al CS	6
Por otras razones	13

CS: centro de salud; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

trabaje en un SUH es que el profesional genere visitas a este servicio. Algunos datos de nuestro SUH pueden resultar significativos: en el año 2011 se atendieron 153.977 urgencias, el 59,7% a petición propia del/de la ciudadano/a. Los/las pacientes podían haber acudido a su centro de salud previamente, o a urgencias de su centro de salud. Los más cercanos al hospital, urbanos y en menos de 20 km, son con diferencia (8 a 56 veces más que los que distan más de 20 km) los lugares de procedencia de la mayoría de los pacientes que acuden a petición propia, y además los que son calificados con los grados de urgencia más bajos (según niveles de triaje), de la misma manera que son los que tienen menor tasa de ingresos (6 a 10 veces). Esto quiere decir que cuanto más accesible, más se acude al SUH sin acudir al centro de salud por patología no urgente y que no requiere ingreso. Durante 7 días, aleatoriamente, se preguntó en el área de admisión del SUH a 500 pacientes que acudieron por petición propia por qué no habían ido antes a su centro de salud. En la **tabla 1** se muestran algunas de las respuestas.

En vista de lo comentado, estamos de acuerdo con Rodríguez et al.¹ en recomendar que, con equidad y justicia según la renta y el motivo de visita al SUH, se instaure un copago moderador que serviría para adecuar las visitas no justificadas. Esto no significa que «se culpabilice a la mayoría de los pacientes» ni que no se deba defender la sanidad pública.

Contribuciones de autoría

A. Julián-Jiménez es el único responsable en cuanto a la concepción y el diseño final del manuscrito y su escritura, y se hace responsable y aprueba la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit. 2012;26:78-9.
- Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26:80-2.
- Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias. 2011;23:59-64.
- Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema. Emergencias. 2010;22:244-6.
- 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.

Agustín Julián-Jiménez

Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España
Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.008>

El copago es inequitativo, injusto y evitable

Copayment is inequitable, unjust and avoidable

Sra. directora:

Agradecemos la carta de Julián-Jiménez, quien al valorar su «vivencia diaria en un servicio de urgencias hospitalario frecuentemente saturado»¹ afirma que la universalidad de la atención sanitaria, su gratuidad y la conciencia de derechos conllevan «un mal uso y/o abuso (por un sector de la población) de los recursos sanitarios». Julián-Jiménez reconoce que el copago reduce el uso de servicios sanitarios, pero señala que eso sólo ocurre en problemas leves y no en los que «sí tienen una justificación de acudir» a urgencias. Con ello, concluye que es «discutible la afirmación de que los más enfermos o los más graves puedan salir perjudicados», y recomienda que «con equidad y justicia según la renta y el motivo de visita al servicio de urgencias hospitalario, se instaure un copago moderador».

Aunque el copago puede parecer una solución «lógica» para reducir las visitas a estos servicios², la evidencia muestra que es una medida injusta que penaliza a las clases trabajadoras, tal como sabemos desde los estudios de la Rand Corporation. Julián-Jiménez no ofrece suficiente información para valorar la validez de sus datos y conclusiones, el grado de información de los pacientes sobre la ubicación y la función de los centros de salud, o la hora de las visitas que se dice no ser justificadas. Es posible que los pacientes no conozcan la ubicación del centro de salud o que éste no se encuentre abierto a esa hora, y las razones del elevado número de pacientes pueden tener que ver con la falta de recursos sociosanitarios para atender a la población, algo relacionado con políticas neoliberales que debilitan el sistema público y favorecen la privatización. Aun cuando las conclusiones de Julián-Jiménez fuesen justificadas, un solo estudio no altera la conclusión basada en la evidencia científica general³.

Aunque Julián-Jiménez señala que el copago no significa que «se culpabilice a la mayoría de los pacientes», apelar a que sean éstos quienes no abusen del sistema sanitario mediante «visitas no justificadas» apunta a lo contrario, lo cual muestra poca sensibilidad deontológica. Parte del trabajo de urgencias es precisamente atender a pacientes cuya visita parece no tener una justificación «objetiva», lo cual puede ocurrir en los servicios sanitarios regulares, como muestran muchos procesos psicósomáticos de salud. El caso de un paciente ansioso o con trastorno de personalidad

puede parecer «leve», pero su sufrimiento merece ser tratado urgentemente por un profesional sanitario^{4,5}.

Por último, aunque suele decirse que es justo que más pague quien más tiene, esa vía debilita el estado del bienestar basado en una contribución universal progresiva a su financiación y en prestaciones universales. Algunas razones concretas de esa falta de adecuación son que la necesidad de introducir un mecanismo evaluador de las rentas de cada persona tiende a incrementar los costes administrativos del proceso, el hecho de que al poner tasas deben fijarse cuotas entre intervalos de renta (lo que suele generar discriminaciones entre personas en situaciones económicas similares), y generar un problema de equidad entre personas con iguales niveles de ingresos, pues quienes declaran todas sus rentas tienen mayores posibilidades de tener que pagar tarifas mayores que los que consiguen sustraerlas, lo cual genera un incentivo al fraude fiscal y el empleo irregular.

En resumen, más allá de las diversas consideraciones aducidas en nuestro artículo sobre el copago, desde el punto de vista de la salud pública el copago es inaceptable porque produce desigualdades en salud que son injustas y evitables.

Bibliografía

- Julián-Jiménez A. El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias. Gac Sanit. 2012;26:490-1.
- Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26:80-2.
- Sánchez Bayle M, Llopis E, Palomo M. Copago sanitario, ¿Eficacia, eficiencia o negocio? Madrid: Fundación Primero de Mayo; 2011.
- Marchesi C, Brusamonti E, Borghi C, et al. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. Emerg Med J. 2004;21:175-9.
- Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. Psychiatr Clin North Am. 2008;31:527-43.

Joan Benach^{a,b,*}, Carles Muntaner^{a,c} y Gemma Tarafa^{a,b}

^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

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.04.009>

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.008>