

Cuando hay que pagar, a veces lo urgente puede esperar

MARISOL RODRÍGUEZ¹, JAUME PUIG-JUNOY²

¹Departament de Política Econòmica i Estructura Econòmica Mundial y Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB), Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ²Departament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Los precios, en términos de unidades monetarias o de tiempo, influyen poderosamente en nuestras decisiones de consumo e inversión. Una situación en la que tiene especial interés observar la influencia de los precios en el comportamiento de los individuos es cuando éstos están asegurados contra los riesgos financieros de sus acciones. Una vez asegurado, a cambio de una prima o cotización o impuesto, el precio en el punto de consumo pasa a ser cero y el individuo no tiene ningún incentivo para evitar negligencias o frenar su consumo, más allá de las molestias o contrariedades que se deriven del propio consumo. A este comportamiento, lógico y esperable, los economistas lo llamamos "riesgo moral"¹. El gran problema del riesgo moral es que para el asegurador es difícil dilucidar hasta qué punto ese mayor gasto es fruto de una conducta poco responsable o realmente se debe a una contingencia fortuita cuya cobertura es precisamente el objeto del seguro.

Si la gratuidad favorece el sobreconsumo, una posible medida es imponer un cierto precio para corresponsabilizar al usuario y que éste frene su consumo excesivo. Eso son, en pocas palabras, los copagos. Idealmente, su objetivo es reducir el consumo abusivo e inapropiado de los servicios sanitarios, entendiéndose por tal todo aquel consumo cuyo beneficio es inferior a su coste. Por ello, la eficacia de un copago disuasorio no debe medirse por su impacto recaudatorio, sino por su capacidad para reducir el consumo excesivo y con menor contribución a la mejora del estado de salud. Se puede argumentar, y con razón, que a menudo el paciente no conoce de antemano el beneficio esperado de su consulta o tratamiento. Por eso, una de las recomendaciones básicas para

un buen sistema de copagos es que éstos deben ser más altos cuanto mayor sea la probabilidad de que exista riesgo moral (cuanto mayor sea la probabilidad de abuso), y más bajos cuanto mayor sea la eficacia o valor terapéutico del bien o servicio en cuestión, y pueden incluso ser nulos. Ello exige un nivel de evidencia clínica y epidemiológica que no siempre está disponible, con lo cual tenemos una primera advertencia de prudencia.

Además de para moderar el consumo, los copagos también sirven para recaudar, aunque sea de forma modesta, sobre todo cuando las otras fuentes de financiación de la sanidad escasean. La justificación en este caso no está relacionada con el riesgo moral, sino con el criterio de que quien utiliza paga. Para que esta contribución privada no quiebre el objetivo de equidad, entendida como igualdad de acceso para igual necesidad, hay que ser muy cuidadoso en el diseño de los copagos. Y aquí las reglas son dos: los copagos, en general, deben ser moderados, y se deben de establecer límites al gasto máximo para el paciente preferiblemente en función de la renta. Asimismo, en el diseño de cualquier sistema de copago conviene tener en cuenta los propios costes de gestión y administración del sistema.

En el caso de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), la posible existencia de riesgo moral origina un doble problema, económico y de calidad de la atención médica. Los pacientes que acuden al SUH por problemas que podrían y deberían ser atendidos, en el mejor de los casos, en su centro de salud, no sólo usan uno de los servicios más complejos y caros de los hospitales, sino que en ausencia de una priorización eficiente (como realizan los sistemas de *triaje* estructurados)

CORRESPONDENCIA: Jaume Puig-Junoy. Universitat Pompeu Fabra. Trias Fargas, 25-27. 08008 Barcelona, España.

E-mail: jaume.puig@upf.edu

FECHA DE RECEPCIÓN: 10-6-2013. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 31-8-2013.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

pueden dificultar y retrasar la atención de los casos que realmente necesitan atención urgente. Abunda la evidencia descriptiva indicativa de que un uso excesivo de los SUH asociada a la gratuidad, tanto en España^{2,3} como en otros países⁴ apuntando en la dirección de que a menores costes de acceso, más se acude al SUH por problemas no urgentes y que no requieren ingreso. Por eso, no es de extrañar que tanto los seguros públicos como los privados hayan tratado de gestionar y poner orden en el acceso al SUH, un servicio, por otra parte, de consulta espontánea por parte del paciente en la mayoría de los casos. La introducción de copagos es una de las posibles medidas entre las diversas intervenciones organizativas disponibles (mejora del acceso a la atención primaria, políticas de gestión de la demanda que incluyen, además de los copagos, intervenciones educativas y barreras del tipo *gatekeeping*) para mejorar la eficiencia del uso de los SUH, si bien es evidente que no está diseñada para resolver otros problemas tales como la eficacia del servicio o la gestión del flujo de salida de pacientes. No obstante, el copago en urgencias es uno de los que crea más controversia, con acusaciones de que puede retrasar atención necesaria y apropiada y, en consecuencia, agravar la enfermedad y aumentar el gasto sanitario requerido para tratarla. Para hacerlo factible, una cuestión clave es disponer de buenos sistemas de *triaje* para discriminar entre visitas a urgencias apropiadas y no apropiadas (aquéllas que deberían haber sido atendidas en otro nivel asistencial), lo cual permite la implantación de un sistema de copagos *ex post*, es decir, una vez tipificada la consulta a fin de identificar al que no debe copagar³. A pesar de los problemas operativos que esta tipificación *ex post* debe resolver, un mecanismo de este tipo palia la crítica de que el paciente desconoce *a priori* el beneficio esperado del tratamiento.

En todos los países de la Unión Europea excepto cuatro (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) existe algún sistema de copago para las urgencias hospitalarias; normalmente una cantidad fija que en algunos países (Grecia e Italia) se devuelve en caso de una visita realmente urgente⁵. El copago en el SUH suele ir unido al copago en las visitas de atención primaria, y este último es habitualmente más bajo, para evitar que se produzcan desviaciones de visitas del médico de familia hacia el SUH y que el coste termine siendo mayor.

Una reciente revisión sistemática de las intervenciones organizativas destinadas a reducir la utilización de los SUH⁶ ha identificado 12 estudios⁷⁻¹⁸

sobre el impacto de los copagos en urgencias, 11 de los cuales corresponden a Estados Unidos y uno a Irlanda⁹, y 10 corresponden a seguros privados. En todos estos estudios, excepto en uno de ellos referido al programa Medicaid¹⁰, se constata que la introducción o aumento del copago en los SUH, aun siendo de cuantía moderada, está relacionado con una reducción en el número de visitas. La calidad metodológica de estos estudios es muy variable, si bien entre los de mayor calidad se encuentra un experimento aleatorio⁷ y un experimento natural¹³. Además, seis de los estudios incluidos en la revisión citada son quasi-experimentales e incluyen un grupo de control que no ha sido afectado por la intervención (cambio en el precio o copago).

El único experimento aleatorio es el ya clásico *Health Insurance Experiment* (HIE) que se ha convertido en el *patrón oro* sobre los efectos de los copagos en atención sanitaria¹⁹. En el HIE, las personas en el plan sin copago alguno realizaron un 42% más de visitas al SUH que las asignadas al plan con un copago del 95%, aunque con un límite máximo según renta. Ahora bien, la reducción de utilización con el copago afectó tanto a las visitas realmente urgentes como a las no urgentes. No obstante, este experimento finalizó a principios de los años ochenta y no incluyó a personas mayores de 62 años, que son los mayores frequentadores de los SUH. Este último resultado apunta en la línea general de que los copagos deben ser menores o nulos para pacientes crónicos a fin de no empeorar su estado de salud e incluso a fin de no generar un gasto mayor que el que se pretende ahorrar²⁰.

En el ámbito de los seguros privados, uno de los casos bien documentados es el de Kaiser Permanente, una organización sanitaria integrada que opera sobre todo en California. En los años 2000 y 2001, Kaiser aplicó sendos aumentos que afectaron a algunos grupos de asegurados, pero no a otros, lo cual ha permitido hacer comparaciones en el comportamiento de los mismos como si se tratara de un verdadero experimento natural, ya que la elección del plan de salud (y, por tanto, el copago soportado) no depende directamente del asegurado, sino de la empresa en la que trabaja, que es la que contrata el seguro con Kaiser. El copago por las visitas al SUH de Kaiser es de un importe fijo por visita, no hay límite al gasto que puede acumular un paciente y no se tiene en cuenta la renta para decidir si se le hace pagar más o menos. Según los resultados de Hsu *et al.*¹³, uno de cada cinco asegurados que puede acudir a urgencias gratis acude una vez al año, los que pa-

gan entre 1 y 5 dólares por visita reducen sus visitas en un 4%; los que pagan entre 10 y 15 dólares las reducen en un 7% en comparación con los que no pagan nada; los que pagan entre 20 y 35 dólares hacen un 12% menos de visitas que si pudieran acceder gratis; y si tienen un copago ya más elevado, entre 35 y 50 dólares, entonces la reducción es de casi una visita de cada cuatro de las que harían con gratuidad. Vemos, pues, como predice la teoría y como se ha corroborado en otros estudios²¹, que el comportamiento de los pacientes a la hora de valorar la urgencia de la atención es sensible al precio, de manera que el número de visitas disminuye cuanto más elevado es el copago por visita. Con el importante añadido de que, según los investigadores de Kaiser, no se ha detectado que ello tenga ningún efecto significativo en los ingresos hospitalarios posteriores, ni en las complicaciones ni en la mortalidad.

En cuanto a la capacidad de los pacientes para discriminar entre visitas urgentes y no tan urgentes, el comportamiento de los pacientes de Kaiser confirma que los pacientes deciden dejar de acudir mucho más por problemas que desde la perspectiva clínica se consideran no urgentes: los asegurados a los que se hace pagar entre 20 y 35 dólares reducen este tipo de visitas en un 14%, mientras que la reducción por motivos considerados urgentes es bastante menor, del 5%. Esto, unido a que tienen la alternativa de acudir a su médico de familia, podría explicar la ausencia de deterioro en la salud antes comentada. Ahora bien, la evidencia no resulta concluyente con relación a la reducción de las visitas no urgentes en comparación con las urgentes. Así, otro estudio⁹ halló también únicamente una ligera reducción de las visitas por procesos no urgentes, pero al analizar sólo individuos con enfermedades crónicas, el estudio de Wong *et al*¹⁰, en línea con los resultados del HIE, encontró una reducción significativa tanto de las visitas por síntomas menores como por síntomas graves.

Al respecto, resulta interesante el análisis que se ha hecho de los efectos cruzados entre visitas al SUH y consultas médicas fuera del hospital. Cuando a cien pacientes de Kaiser que tienen que pagar entre 50 y 100 dólares por acceder al SUH se les ofrece acceso gratuito a la consulta médica, renuncian a un 31% de las visitas por causas no urgentes que harían en caso de no existir el copago. Cuando a estos mismos pacientes se les hace pagar también 30 dólares por cada consulta médica su comportamiento se vuelve más matizado: cuando tienen un síntoma o problema que requiere atención urgente, acuden al SUH con la misma

frecuencia que lo harían si tuvieran acceso gratuito. En cambio, cuando los síntomas son menores o banales y no urgentes, prefieren ir a la consulta médica y pagar los 30 dólares en lugar de entre 50 y 100 dólares. En consecuencia, sus visitas al SUH por causas no urgentes, las menos necesarias y menos efectivas, se reducen en un 17%.

En cambio, dos estudios recientes con datos longitudinales y un grupo de control que analizan población pobre y vulnerable cubierta por el programa público Medicaid en Estados Unidos^{15,22} han aportado evidencia controvertida. No observan cambios significativos en el número de visitas a los SUH después de introducir o aumentar ligeramente el copago en este grupo de población, aunque el periodo de seguimiento posterior a la intervención podría ser insuficiente.

Una limitación importante de esta literatura es la ausencia de evidencia sobre el impacto del copago en el estado de salud. Las variables de resultado empleadas en los estudios sólo analizan el impacto en el número de visitas y sólo en 7 de los 12 estudios de la reciente revisión se analizan las variables que pueden informar de manera indirecta del impacto en salud: visitas realmente urgentes frente a visitas no urgentes (síntomas menores), hospitalizaciones, complicaciones o efectos adversos o mortalidad. En ninguno de los estudios aumentan las hospitalizaciones^{7,8,13-14,16} o la mortalidad como resultado del copago^{8,13}.

En definitiva, hay pocas dudas de que a la hora de decidir acudir o no al SUH, el paciente no sólo tiene en cuenta la percepción de gravedad y urgencia de la atención que necesita y el precio que le va a costar, sino que también considera la efectividad y el coste de las alternativas de atención de que dispone, incluido el coste del tiempo.

Bibliografía

- 1 Puig-Junoy J. Paying for Free Healthcare. The role of prices in our healthcare decisions. Barcelona: Ed. Lince; 2013.
- 2 Moreno E. Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias*. 2007;19:32-5.
- 3 Julián-Jiménez A. El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias. *Gac Sanit*. 2012;26:490-1.
- 4 Cunningham P. Diverting Non-urgent Emergency Room Use: Can It Provide Better Care and Lower Costs? Washington: National Institute for Healthcare Reform; 2011.
- 5 Mas N, Cirera L, Viñolas G. Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español. Pamplona IESE Business School, Documento de Investigación nº 939, noviembre 2011.
- 6 Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon J-M. Effectiveness of Organizational Interventions to Reduce Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *PLoS ONE* 2012;7: e35903.
- 7 O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency department use. *N Engl J Med*. 1985;313:484-90.
- 8 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.
- 9 Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Bury G, Lynam F, Smith M, et al. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. *Fam Pract.* 1997;14:407-10.
 - 10 Wong MD, Andersen R, Sherbourne CD, Hays RD, Shapiro MF. Effects of cost sharing on care seeking and health status: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Public Health.* 2001;91:1889-94.
 - 11 Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care. *Med Care.* 2004;42:290-6.
 - 12 Reed M, Fung V, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV, et al. Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. *Med Care.* 2005;43:810-6.
 - 13 Hsu J, Price M, Brand R, Ray GT, Fireman B, Newhouse JP, et al. Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: findings from the safety and financial ramifications of the ED copayments study. *Health Services Research.* 2006;41:1801-20.
 - 14 Wharam JF, Landon BE, Galbraith AA, Kleinman KP, Soumerai SB, Ross-Degnan D. Emergency department use and subsequent hospitalizations among members of a high-deductible health plan. *JAMA.* 2007;297:1093-102.
 - 15 Hartung DM, Carlson MJ, Kraemer DF, Haxby DG, Ketchum KL, Greenlick MR. Impact of a Medicaid copayment policy on prescription drug and health services utilization in a fee-for-service Medicaid population. *Med Care.* 2008;46:565-72.
 - 16 Wilson AR, Bargman EP, Pederson D, Wilson A, Garrett NA, Plocher DW, et al. More preventive care, and fewer emergency room visits and prescription drugs--health care utilization in a consumer-driven health plan. *Benefits Q.* 2008;24:46-54.
 - 17 Lowe RA, Fu R, Gallia CA. Impact of policy changes on emergency department use by Medicaid enrollees in Oregon. *Med Care.* 2010;48:619-27.
 - 18 Waters TM, Chang CF, Cecil WT, Kasteridis P, Mirvis D. Impact of high-deductible health plans on health care utilization and costs. *Health Serv Res.* 2011;46:155-72.
 - 19 Aron-Dine A, Einav L, Fikelsein A. The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. *J Econom Perspect.* 2013;27:1-28.
 - 20 Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *American Economic Review.* 2010;100:193-213.
 - 21 Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment.* Boston: Harvard University Press; 1993.
 - 22 Mortensen K. Copayments did no reduce Medical enrollees' none-emergency use of emergency departments. *Health Affairs.* 2010;29:1643-50.