



Protestas callejeras de trabajadores contra los recortes de la sanidad pública de Cataluña. / CONSUELO BAUTISTA

Copago por cada visita al médico no, pero...

El debate sobre la necesidad de abonar los servicios sanitarios renace con propuestas como tasar las recetas ● El coste extra penaliza a los enfermos crónicos

MARÍA R. SAHUQUILLO

Tasa por receta, tique moderador, sancionar al usuario que anule las visitas al especialista sin motivo... El eterno debate sobre cobrar al ciudadano por una asistencia sanitaria que ya paga a través de sus impuestos —el copago sería más bien repago—, y que pasó de puntillas por la campaña electoral, vuelve a surgir con fuerza. Eso sí, más creativo. Galicia, por ejemplo, ha anunciado que cobrará por el uso irresponsable de los recursos sanitarios, aunque insiste en que la idea nada tiene que ver con el copago. Cataluña habla de establecer un "tique moderador" y una tasa por receta para "poner barreras al uso excesivo". Otros, como la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, han abogado por revisar el porcentaje que se paga por los fármacos financiados teniendo en cuenta la renta. Medidas

que intentan alejarse del tradicional concepto de copago —por visita médica— pero que son un coste extra para el ciudadano, sobre todo los enfermos crónicos.

Fórmulas que han reabierto el melón que en 1991 lanzó el *informe Abril*, que ya hablaba de copago para ayudar a una sanidad "exhausta". Estas actuaciones, sin embargo, no pueden llevarse a cabo de manera unilateral. Las comunidades autónomas no tienen competencias en este sentido. De adoptarse, debe ser en toda España. Así, parece que estos anuncios son un dardo envenenado lanzado hacia el nuevo Gobierno del PP, que durante la pasada legislatura y la campaña se ha manifestado contrario al copago.

Las críticas de muchos expertos, que tildan la medida de injusta y creen que perjudica a los más débiles —argumento, entre otros de Ana Pastor, coordinadora de política sanitaria del PP—,

no convencen a sus partidarios. Estos insisten en defender esa aportación adicional como una fórmula disuasoria para frenar el abuso sobre los recursos sanitarios, y no tanto como medida recaudatoria. Y esa es la idea que parece subyacer bajo la palabra "moderador" del tique anunciado por el presidente catalán, Artur Mas (CiU).

El concepto, sin embargo, parte de la premisa de que los españoles abusan de la sanidad pública. "Una idea discutible", apunta Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial. Los ciudadanos van al médico 7,5 veces al año, frente a las 8,1 de 2006. Un dato incomparable con las cinco veces que los británicos acuden a la consulta pero por debajo de la frecuencia de Alemania (8,2), según datos de la OCDE de 2009. Y muchos de los que van, no lo hacen por gusto: la mayoría de

enfermos crónicos debe ir un mínimo de 13 veces al año solo a recoger recetas. Visitas que se podrían evitar con la prescripción electrónica, que funciona solo en cuatro autonomías.

"Los copagos, o repagos, son muy peligrosos porque disuaden de usar los servicios sanitarios a quienes no tienen que disuadir", dice el diputado de IU Gaspar Llamazares. Este médico sostiene que con las medidas propuestas serían los enfermos crónicos y los ciudadanos con pocos recursos y menos formación quienes dejarían de ir al médico o de comprar un fármaco para no tener que hacer frente a ese coste extra. "El copago no modera la demanda del frecuentador, que es aquel que conoce bien el sistema y sabe eludir los filtros", apunta.

Para Vicente Ortún, decano de la facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad

Pompeu Fabra, sería "contraproducente" aplicar ese instrumento *moderador* a las visitas médicas. "Provocaría mayor gasto en hospitalizaciones. Son los profesionales quienes han de controlar la frecuentación", argumenta. Tampoco le convence el sistema para las urgencias. "Aquí el mejor pago es el tiempo de espera para una petición que no justifique urgencia. Una adecuada selección a la entrada de urgencias permite priorizar", añade.

José Ramón Repullo, jefe del departamento de Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, cree que implantar y desarrollar un sistema para reducir el uso inapropiado es muy difícil técnicamente. "El copago apenas tiene capacidad recaudatoria. Ponerlo en marcha es muy caro y el rendimiento final, quitando a crónicos y rentas bajas, es bajo", afirma. Lo ha calculado: si se pone un techo anual



máximo para proteger a los más enfermos y se descuentan los costes administrativos de la medida a lo ingresado por los copagos —que ha tasado en cinco euros por visita al médico, 10 por urgencia y otros 10 por día de hospitalización— quedan unos 575 millones de euros anuales.

Así, lo más sencillo, si es que se quiere apostar por este sistema de cobro por uso, es tasar cada receta, dicen los expertos. "El sistema de farmacia ya está montado e implantarlo no sería difícil", explica Manel Peiró, vicedecano académico de Esade. "Sin embargo, si es modulable, es decir por renta y extrayendo a los crónicos, por qué no hacerlo directamente en forma de impuestos", se pregunta Llamazares. Si no, se corre el riesgo de que, de nuevo, el sistema casi universal y solidario se vuelva injusto y paguen más los más enfermos.

A pesar de esos inconvenientes algunos creen que hay que

ción y fármacos innecesarios. Las críticas sobre su riesgo son ciertas. No es lo ideal, pero estamos llegando a un punto crítico. No hay dinero para hacer frente a todos los gastos que tenemos; así que o recortamos derechos o contribuimos a su coste", asevera Peiró.

María del Mar Martínez, consultora especializada de McKinsey, cree que no hay que entender el copago como un instrumento para financiar el sistema sanitario sino como una fórmula para ayudar a reducir su demanda que, afirma, es superior a la de otros países europeos. "El copago podría tener impacto en los costes del sistema a futuro, pero no soluciona el problema de la deuda acumulada en el pasado. Aunque se introdujera un euro por receta, los importes recaudados serían muy bajos comparados con la deuda total: 82 millones por el total de recetas al año", sostiene.

Además, aunque se diera por supuesto que lo que aportan los copagos supera el coste de implantación, ¿dónde iría la recaudación? "Nadie de los que lo han propuesto ha dicho que ese dinero se vaya a destinar a los presupuestos sanitarios, corremos el riesgo de que empleen la sanidad para recaudar con otros fines", alerta José Martínez Olmos, exsecretario general de Sanidad y diputado por Granada. Vuelve, pues, el eterno problema de que los fondos entregados a las comunidades para sanidad no tienen obligación de dedicarse a ese capítulo.

Al margen de esas opciones futuras, Llamazares alerta de que, amparadas por los recortes, se están produciendo situaciones que implican un copago indirecto. "Existen otros repagos como el alargar la lista de espera. Así, parte de la gente que tendría que aguardar se va a la privada; algo que, si se generaliza, a la larga es negativo", mantiene.

Es lo que está ocurriendo en Italia donde, como otros países europeos, hay copago. Allí, hace unos meses el Gobierno elevó las tasas por el uso de los recursos

El estado de la sanidad en Europa

■ VISITAS AL MÉDICO
Consultas al año, por persona

	2006	2009
Hungría	12,9	12,0
Rep. Checa	13,0	11,2
Alemania	7,3	8,2
España	8,1	7,5
Austria	6,7	6,9
Francia	7,0	6,9
Holanda	5,6	5,7
Reino Unido	5,1	5,0
Dinamarca	4,5	4,6
Finlandia	4,3	4,2
Portugal	3,9	4,1

■ GASTO SANITARIO
En % del PIB

	0	5	10
Holanda			
Francia			
Alemania			
Dinamarca			
Austria			
Portugal			
Reino Unido			
OCDE			
España			
Finlandia			
Rep. Checa			
Hungría			

■ GASTO POR PERSONAL
En euros

	0	1.000	2.000	3.000	4.000
Holanda					3.680,9
Dinamarca					3.256,9
Austria					3.212,7
Alemania					3.159,5
Francia					2.979,7
Reino Unido					2.611,9
Finlandia					2.416,5
OCDE					2.414,2
España					2.297,4
Portugal					1.878,6
Rep. Checa					1.579,0
Hungría					1.131,8

Fuente: OCDE.

EL PAÍS

sanitarios. Desde entonces, algunos ciudadanos prefieren, si pueden, acudir a la privada porque el coste que pagan por algunas prestaciones —en la pública un análisis de orina, por ejemplo, cuesta 13 euros y cada visita al médico otros 10— es similar (incluso menor) y más rápido.

Juan Abarca, secretario general del Instituto para la Integración y Desarrollo de la Sanidad —la asociación mayoritaria de la sanidad privada— reconoce que tanto los recortes como el copago empujan a los ciudadanos a la privada. A pesar de esto ve la medida injusta. "No creemos que el copago directo obligatorio, tanto por asistencia como por receta, sea lo más deseable", dice. Cree que lo mejor sería apoyar con una desgravación fiscal a aquellos que quieran acudir a un "copago voluntario", tal y como denomina a hacerse un seguro privado. "Se puede favorecer la financiación privada voluntaria de los usuarios que pueden pagar un seguro, porque descargan recursos al sistema público. Acudir a la privada debe ser una elección, no una obligación", afirma.

El copago no soluciona el problema de la sanidad pública. Para algunos expertos es una ayuda. Para otros, un nocivo parche. Sin embargo, en lo que sí parece estar de acuerdo la mayoría es en que hay que revisar el copago far-

macéutico. Actualmente los activos pagan un 40% de los fármacos financiados que los pensionistas obtienen gratis. "Un sistema ineficiente e inequitativo", dice José Ramón Repullo. "Hay que rediseñarlo para que no sea

"El copago apenas tiene capacidad recaudatoria", dice un especialista

Los recortes empujan a muchos ciudadanos a la sanidad privada

la condición de activo y pensionista la que determine la participación en el precio, sino la condición de necesidad; hay que establecer un techo de contribución máxima para proteger a la persona que tenga un problema de salud, que puede ser también joven y desempleado", dice.

Rodríguez Sendín va más allá. "El copago farmacéutico es injusto y también lo es el exceso de medicamentos que se desechan. Hay que establecer medidas para que esto no ocurra. Es un despilfarro extraordinario".

Hacia ese punto, matiza un portavoz de la consejería de Sanidad gallega, es donde se dirige la polémica medida de cobrar por el mal uso de la sanidad. La norma pretende repercutir al usuario que no use un servicio programado o cause daños al mobiliario. Lo que ha despertado las sospechas de las asociaciones de defensa de la sanidad pública: "Quién decide si se usa bien o mal", plantean. Desde Galicia, sin embargo, reiteran que la medida no está dirigida tanto a los pacientes como a las mutuas. "Forma parte de un plan contra el fraude con el que hemos recuperado seis millones de euros de compañías que enviaban pacientes al sistema público y luego no cubrían esos gastos que les correspondían", insiste el portavoz.

Es innegable que la situación es dura y que deben tomarse medidas urgentes, pero sin que la calidad de la sanidad pública se resienta. Es tarea del nuevo gobierno decidir si recoge el guante del copago o apuesta por medidas de calado que sirvan para salvar uno de los pilares del Estado de bienestar.

EL PAÍS.COM

► Participe

¿El copago solucionaría el problema de la sanidad pública?

Suecia, factura con tope y privatización

CHARO NOGUEIRA

El copago en salud es una pauta tradicional en Suecia. Tanto como el Estado de Bienestar. Nadie se extraña por tener que hacer un desembolso a cambio de atención sanitaria, pero el sistema tiene topes. En este país escandinavo donde el coste de los servicios de salud equivale al 9,3% del PIB, los pacientes cubren directamente en torno al 2,7% del gasto, según los datos de SALAR —el organismo que vela por los intereses de las provincias y los municipios—. Las provincias son las principales responsables del descentralizado

sistema de salud y los ayuntamientos se encargan de la atención a la dependencia, cuyo coste equivale al 4% del PIB, aproximadamente. Suecia, con 9,2 millones de habitantes, está a la cabeza de Europa en longevidad.

Cada vez que van al médico de cabecera, los suecos deben pagar entre 100 y 200 coronas (de 10,7 a 21,4 euros, según la provincia). Si acuden al especialista, 32 euros más. Pero hay un tope: cuando un ciudadano ha desembolsado 900 coronas en 12 meses (96,3 euros), tiene consulta gratuita hasta que se cumpla un año de la primera por la que empezó a pagar. En los hos-

pitales se abonan ocho euros por día de ingreso. El copago con límites también existe en la factura farmacéutica: ningún paciente paga más de 180 euros al año por los medicamentos. No obstante, el Gobierno liberal conservador quiere subir las tarifas del copago el año próximo, tras una década de precios fijos pero con costes —sobre todo en tecnología— al alza. Con todo, los impuestos seguirán siendo la principal fuente de la financiación sanitaria. La privatización de los servicios, incluidos los de atención primaria y hospitales, lleva tiempo en marcha. "El dinero sigue al paciente", concre-

ta Stefan Akerby, técnico de SALAR. La libertad de elección existe desde 2003. Las autoridades fijan las tarifas, lo que, según algunos expertos, limita la competencia —escasa fuera de las grandes ciudades—. La sanidad privada cien por cien es casi testimonial.

El principal cambio de timón en el sistema sueco se inició a comienzos de los años noventa del pasado siglo, debido a la grave crisis económica que sufrió el país. Lo dirigió el primer gobierno no socialdemócrata en décadas. Puso el acento en cuestiones como incrementar el cuidado en los domicilios —lo que des-

cargaba los hospitales—. Era la llamada reforma Ádel. "Pusimos coto a las listas de espera quirúrgica", recuerda el ministro de entonces, Bo Königberg. De los 90 días fijados entonces, el Gobierno actual quiere rebajarlos ahora a 60 con un sistema de alicientes económicos a las provincias que lo consigan, añade. Los fuertes recortes presupuestarios por la crisis llevaron a reducir drásticamente el número de hospitales. Ahora existe la mitad que en los años sesenta. El número de camas se ha reducido drásticamente, y el tiempo de estancia de los pacientes, también. Eficiencia y competencia son palabras de moda, pero los suecos aún se quejan de las largas esperas, sobre todo para ver al médico de cabecera.