



**TRIBUNA: JAUME PUIG-JUNOY / MARISOL RODRÍGUEZ**

## **RAZONES PARA NO TEMER EL COPAGO SANITARIO**

Mientras que casi nadie cuestiona nuestro copago farmacéutico, a pesar de que requiere reforma urgente, hay un rechazo apriorístico a evaluar la conveniencia de introducir otros copagos en el sistema sanitario. En nueve de los 15 países de la UE-15 existen copagos para todos los tipos de servicios: visitas médicas, hospitalizaciones, farmacia, atención dental y otros servicios, como urgencias, pruebas diagnósticas, transporte sanitario, prótesis, etc. De esos nueve países, siete tienen un sistema de salud que responde al modelo de Seguridad Social (modelo Bismark) y dos son países nórdicos (Finlandia y Suecia) con sistema nacional de salud tipo Beveridge. Los sistemas de seguridad social suelen tener un grado de cobertura mayor, estipulada y delimitada explícitamente, con gran nivel de elección y muchos copagos. En los sistemas nacionales de salud del norte de Europa la cobertura suele ser, asimismo, amplia, pero también se pagan más impuestos y hay bastantes copagos, aunque limitados en cuantía y normalmente vinculados al nivel de renta. En ningún país se equipara acceso universal con gratuidad absoluta en el momento de utilizar los servicios.

Es bien conocido que cuando algo está plenamente asegurado, los individuos tendemos a mostrar menos cuidado en conservarlo y cuidarlo. Además, como "ya hemos pagado" y nos cuesta cero en el momento de consumo, tendemos a sobreconsumirlo. El objetivo de los copagos es triple: moderar el consumo, corresponsabilizando a los ciudadanos; conseguir que los servicios que se dejan de consumir sean los de menos valor para no afectar a la salud; y, en ocasiones, servir de fuente adicional de financiación de la sanidad. Mal aplicados, sin embargo, tienen problemas. Si no se establecen límites o techos máximos, pueden constituir un "impuesto" sobre los más enfermos. Si no se vinculan al nivel de renta (pudiendo llegar a la exención), la carga del copago acaba siendo mucho mayor, en términos relativos, en el caso de los pobres que en el de los ricos. Si se establecen de manera uniforme, sin tener en cuenta la efectividad del servicio o tratamiento, dejan al paciente la difícil decisión de discriminar entre lo de más valor y lo de menos valor. Si afectan solo a un tipo de bienes o a un nivel asistencial, se corre el riesgo de que se produzcan desviaciones del consumo hacia aquellos bienes o niveles no afectados y el coste termine por ser mayor. Finalmente, si no se protege a los pobres y los más enfermos, puede haber un efecto compensación y llegar a generar más gasto del que se ahorra debido al empeoramiento de la salud de los enfermos más graves. Por eso, el debate sobre el copago no se debe plantear como una disyuntiva extrema entre el sí y el no.

En España, el diseño del copago en los medicamentos es demasiado simple y no ha cambiado desde 1978: solo se aplica a los trabajadores activos, que pagan un 40% del coste de la receta, con la excepción de ciertos medicamentos para tratamientos crónicos en los que el copago es del 10%, con un límite de 2,64 euros. Durante este tiempo hemos tenido ocasión de comprobar que fomenta el sobreconsumo. El cambio de estatus de no pensionista a pensionista supone un aumento significativo del número de recetas que de otra forma no se habría producido (riesgo moral): el consumo por individuo aumenta alrededor del 25% en el primer año de gratuidad. El impacto financiero para el sector público (gratuidad más riesgo moral) puede suponer un incremento del gasto de más del 100%. Además, es inequitativo. Al ser independiente de la capacidad económica, un pensionista que cobre una pensión elevada o tenga un patrimonio millonario no paga nada, mientras que un parado o una familia mileurista y con niños pequeños, sí paga. En definitiva, recomendaríamos: 1) modificar el diseño del copago farmacéutico, eliminando la arbitraria distinción entre activos y pensionistas, e incluir los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria; 2) introducir un copago fijo en las visitas y en las urgencias; 3) introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas; 4) modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad con copagos evitables siempre que sea posible; y 5) implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos. Esto podría consistir en la fijación de un límite máximo de contribución al trimestre o al año en función de la renta familiar, con exención total de las rentas más bajas, ya sean procedentes del trabajo o la pensión, y tratamiento especial de los casos de enfermedad crónica o multipatología. El copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, por lo que el límite debería suponer un porcentaje reducido de la renta familiar.



## **CASTILLA Y LEÓN: JAVIER ÁLVAREZ GUIASOLA RECHAZA EL COPAGO Y APUESTA POR REVISAR EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS**

- **Afirma que las prestaciones y la población han evolucionado**
- **Mientras que el porcentaje que se abona por las medicinas es el mismo**

**Ical.-** El consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola, rechazó este martes la implantación de un copago en la asistencia sanitaria y abogó, por el contrario, por una revisión del porcentaje que pagan los usuarios por los medicamentos por entender que las prestaciones de la sanidad y la pirámide de la población han evolucionado en los últimos cuarenta años.

Álvarez Guisasola manifestó que, en el momento actual, no está "a favor de un copago en la sanidad, abogó por aplicar la racionalidad en el sistema, donde para él existe un margen, y se decantó por una revisión en el precio que abonan los pacientes por los medicamentos que les prescriben los facultativos.

Entre la razones que alegó para el rechazo del copago en la asistencia sanitaria está la actual situación de la crisis económica, si bien si se mostró partidario de revisar el porcentaje actual que se paga por los medicamentos, que es el mismo de hace cuarenta años.

Al respecto, precisó que habría que realizar un análisis porque la asistencia sanitaria que se presta ahora no es la misma que hace años y tampoco la población a la que se dirige, de manera que se decantó por una revisión en esas dos direcciones, donde estimó que se ha producido una evolución.

"La población ha evolucionado y el copago es estable", opinó en referencia al porcentaje que abonan las personas activas en el mercado laboral, para añadir que "sería bueno que se revisará".

Álvarez Guisasola se manifestó así ante los datos de un estudio que revelan que los médicos de atención primaria estarían a favor de implantar algún sistema para optimizar los recursos, según publica un periódico en Salamanca, donde se indica, además, que el 27% de las consultas en primaria no son necesarias, conforme a la opinión de los facultativos consultados.

El titular de Sanidad expresó su respeto a la opinión expresada por los médicos, pero estimó que el 99%, "con muchos nuevos", no son "superfluas" y los pacientes acuden al centro de salud porque no se encuentran bien. "Otra cosa es la valoración de lo que tienen y para eso están los médicos", añadió.

Por ello, sostuvo que la asistencia a las consultas está justificada, aunque explicó que "otra cosa" es el número de veces que la misma persona acude al médico.