



COPAGO SANITARIO:

¿EFICACIA, EFICIENCIA O NEGOCIO?

WWW.1MAYO.CCOO.ES

FUNDACIÓN 1º DE MAYO

MARCIANO SANCHEZ BAYLE
ELVIRA S. LLOPIS
LUIS PALOMO

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

Edita

Fundación 1º de Mayo
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid
Tel. +34 91 364 06 01
1mayo@1mayo.ccoo.es
www.1mayo.org

Madrid 2011
ISBN: 978-84-87527-23-4
Depósito Legal: M-

Realización e impresión

Unigráficas GPS

ÍNDICE

Presentación.....	5
Introducción.....	7
Las fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público.....	15
¿Hacemos un mal uso del sistema sanitario?.....	33
Algunos modelos de copago y mecanismos de modulación.....	45
El impacto del copago en términos de equidad.....	53
Conclusiones.....	59

PRESENTACION

El trabajo que presentamos, que es producto de distintos procesos de estudio e investigación, de espacios de reflexión y debate con distintos sectores profesionales, está realizado desde el rigor en los datos aportados, pero también desde una lógica que concibe el Estado de Bienestar como parte fundamental de la democracia, además de cómo un factor de desarrollo y cohesión social.

En torno al copago, el Consejo Confederal de CCOO ha manifestado el rechazo más absoluto a cualquier sistema de copago en el acceso al sistema sanitario y ha manifestado igualmente que, no es cierto que haya una utilización excesiva de la Sanidad Pública porque si bien tenemos un elevado número de consultas, en cambio hay un número bajo de estancias hospitalarias.

Todos los estudios realizados señalan además que las consultas innecesarias en Atención Primaria se deben mayoritariamente a problemas burocráticos y a consultas inducidas por el propio sistema, que exige una mejora en la organización.

Los estudios también realizados sobre el impacto del copago, entre los que se encuentran los de la Fundación 1º de Mayo, señalan que es incapaz de reducir la frecuentación innecesaria y que, cuando lo hace, reduce tanto la demanda necesaria como la innecesaria, deteriorando la salud de la población.

Los costes de otra parte de poner en marcha un sistema de copagos son elevados y muy probablemente superarían a las cantidades recaudadas.

A la vez, hemos de reiterar que el sistema sanitario se nutre de impuestos, por tanto con la aportación económica de la sociedad, adquiriendo el carácter de gratuito en el momento de su utilización.

Los copagos tienen efecto sobre todo sobre las personas con pocos recursos y con mayores problemas de salud, que “no acuden o retrasan las demandas de atención sanitaria incluso cuando son necesarias”, siendo así un factor importante de inequidad, tal y como señala el último Informe sobre Salud en el Mundo (2010) de la OMS.

Ciertamente un sistema de copago supondría un verdadero impuesto sobre la enfermedad, además de una regresión de décadas en términos sociales en nuestro país.

A la par, incrementaría la presión fiscal de los sectores sociales con menores ingresos, dificultando el acceso al sistema sanitario público a amplias capas de la sociedad, precisamente aquellas que peores condiciones de vida tienen, lo que de hecho supondría un incremento de las desigualdades sociales.

Este informe, complementa e incrementa los argumentos y datos de un informe previo sobre copago sanitario de la Fundación 1º de Mayo; hemos creído necesaria su elaboración en unos momentos en que vuelven a arreciar los argumentos a favor de este elemento disuasorio del uso de la sanidad pública, y conscientes de que, en el contexto neoliberal en el que se apuesta por el copago, ese elemento disuasorio es únicamente un paso previo para la privatización de la sanidad.

Rodolfo Benito Valenciano.
Secretario Confederal de Estudios de CCOO
Presidente de la Fundación 1º de Mayo

INTRODUCCIÓN

Desde hace algún tiempo se esta poniendo en cuestión la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la base de que existe en España un supuesto elevado gasto sanitario, una alta utilización de los servicios sanitarios incentivada por la gratuidad en el momento del uso, la existencia de deudas importantes con los proveedores de las distintas CCAA y una supuesta tendencia a un crecimiento incontrolado del gasto sanitario.

Todos estos argumentos, y algunos otros de los más variados tipos, han sido reiterados por numerosos “informes” financiados por la industria farmacéutica, o de tecnologías sanitarias, o por empresas de aseguramiento, en la búsqueda de conseguir un “ambiente mediático” que acabe imponiendo las tesis de quienes los encargan y financian. Además de alimentar el tópico de la insostenibilidad, proponen todos la misma solución: un aumento de la privatización del SNS comenzando por los copagos, siguiendo con un incremento de las llamadas colaboraciones público- privadas, y acabando con una presencia mayor y más agresiva del aseguramiento privado (éste, eso si, subvencionado o directamente financiado con fondos públicos).

Como sustento “incontestable”, el Consejo de la Unión Europea en su reunión del día 2 de diciembre de 2010, tras recordar que para “Irlanda, España, Francia y el Reino Unido, el Consejo aprobó el artículo 126 con las recomendaciones de la revisión del calendario para la corrección de sus déficit habida cuenta del deterioro de la situación económica desde la emisión de sus recomendaciones en abril de 2009 [y que] Ha establecido el 2 junio de 2010 como fecha límite para la adopción de medidas correctivas según lo previsto, y delineó la estrategia para la reducción del déficit excesivo dentro del plazo especificado.

Irlanda, España y Francia han sido objeto de un procedimiento de déficit excesivo desde abril de 2009, el Reino Unido desde Julio de 2008”¹, afirma que “la UE después de la Estrategia de Lisboa 2010 debe tener como objetivo elevar el potencial de crecimiento y garantizar la sostenibilidad de las finanzas públicas de la UE en línea con la estabilidad y Estabilidad y Crecimiento. Con el fin de aumentar el potencial de crecimiento, el Consejo SUBRAYA la necesidad [...] para mejorar aún más la sostenibilidad, de acometer las reformas de los sistemas de seguridad social, tales como pensiones, sistemas y marcos fiscales creíbles nacionales que contribuyen a la disciplina presupuestaria”².

¹ Consejo Europeo, sesión del 2 de Diciembre de 2010. 16838/09 (Presse 352) en <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

² Idem La ministra de economía, Elena Salgado, así como la de sanidad, Leyre Pajín, se apresuraron a desmentir que el copago sanitario se instaurara en la sanidad pública española, según recogen varios medios de comunicación en los días posteriores a la reunión del Consejo.

Sin embargo, y en lo que concierne al copago sanitario, hay que decir que la medida lo que pretende en realidad es avanzar en el proceso de privatización del sistema sanitario mercantilizando las relaciones entre usuarios y proveedores de asistencia introduciendo el pago directo de una parte de la misma.

De este modo, se producirán, sin duda, múltiples efectos adversos, entre los que son especialmente destacables el hecho de que supone acabar con el carácter universal y redistributivo del sistema público de salud (por supuesto, abriendo espacios a la sanidad y el aseguramiento privado en materia de salud), a lo que hay que añadir que introduciría un nuevo impuesto que agravaría la enfermedad, con una tasa por asistencia sanitaria.

A la par, incrementaría la presión fiscal de los sectores sociales con menores ingresos, como son los asalariados, pensionistas, enfermos crónicos y discapacitados, que por necesidad son quienes más utilizan los servicios sanitarios (tres veces más que el resto). Simultáneamente, dificultaría el acceso de amplios sectores sociales a la asistencia dado que 10,8 millones de trabajadores (57 por ciento del total) cobran menos de mil euros al mes, mientras que el ingreso medio de los 8.473.927 pensionistas es de 747,25 euros mensuales.

Asimismo, incrementaría las desigualdades sociales, ya que se en los últimos años se han eliminado o reducido los impuestos de las clases más favorecidas como los de sucesiones, patrimonio, sociedades o los tramos del IRPF; como se ha dicho, reduciría el carácter redistributivo del sistema sanitario, que constituye una de los fundamentos del estado del bienestar, que en España aún tiene un escaso desarrollo si lo comparamos con el resto de países europeos desarrollados y, por último, afectaría a los programas y actividades de promoción y prevención de salud y de seguimiento de enfermos crónicos y generaría tensiones entre sanitarios y usuarios.

Por otra parte, es preciso recordar que, con los datos existentes, puede asegurarse que el sistema sanitario público no es insostenible.

El gasto sanitario español, según los datos de la OMS (World Health Statistics 2011), se sitúa en \$ en poder paritario de compra (ppc) por debajo del promedio de la UE 15 países y de los países con altos ingresos, según la clasificación de la OMS (entre los que se encuentra España), y sólo es superior al promedio de la UE 27 (debido a la inclusión de países como Rumania, Bulgaria y los 3 países bálticos, que en ningún caso superan los 850 \$ ppc; en Rumania sólo llega a 408 \$ ppc).

Si analizamos el gasto sanitario público, vemos que nos encontramos por debajo de los 3 grupos analizados: 821 \$ por habitante y año menos que la media de la UE15; 805 menos que los países con ingresos altos y 43 menos que la UE 27.

Gasto sanitario total y gasto sanitario público en diferentes países

	España	UE 27	UE 15	Países con altos ingresos (OMS)
GST (%PIB)	9	8,39	9,60	11,1
GST per capita (\$ ppc)	2.941	2.857	3.697	4.246
GSP per capita (\$ ppc)	2.049	2.092	2.870	2.854

Por lo tanto no puede decirse que nuestro gasto sanitario sea alto, es más, es el gasto sanitario público, el que se pretende muy elevado, en estos informes es el que es notoriamente bajo.

Por otro lado, según la OCDE, el crecimiento del gasto sanitario en los últimos 10 años ha sido de un 2,7 por ciento anual en España frente al 4,1 por ciento de promedio en el conjunto de países de la OCDE. Cae así también otro tópico de estos adictos al alarmismo: el crecimiento del gasto sanitario en España no está incontrolado, sino que es moderado en relación con los países de su mismo nivel económico.

Por fin, y también según la OCDE, la ratio de crecimiento de gasto sanitario total/público en España está por encima de la recta de regresión de la de los países de la OCDE. Es decir, en España el crecimiento del gasto sanitario privado, en relación con el público, ha sido mayor que la de los otros países (OECD Health data 2010).

Los argumentos utilizados para afirmar la insostenibilidad del Sistema parecen muy claros: tal y como defiende María del Rosario Fátima Aburto Baselga, médica y vicepresidenta de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, “65.000 millones de € al año y subiendo por encima del PIB año tras año, son un bocado demasiado sabroso para que pasen desapercibidos a ‘los mercados’. Una vez que es difícil deslocalizar más empresas, bajar aún más los salarios de los trabajadores españoles o su protección social, los mismos mercados cuya lógica implacable dicta las normas de ese expolio, están al acecho de los Servicios Públicos.

[...]El capital, también sabe esperar, sabe muy bien invertir en futuro cuando merece la pena. La inversión en doctrina, argumentarlo y discurso siempre ha sido de gran provecho y más ahora cuando florecen con toda su fuerza los proyectos financiados por Thatcher y Reagan desde los años 80. El relato

neoliberal está perfectamente conformado y marcha tan triunfante en el mundo, que apenas alguno se atreve a contradecirlo.

Es la verdad absoluta, como pretende serlo el pensamiento único. Frente al mensaje individualista, lo público debe ser relegado por obsoleto y los Servicios Públicos, simplemente no son sostenibles. Una y otra vez se afirma con rotundidad, se demuestra, se exhiben las cifras. Se argumenta 'con base a la evidencia' la insostenibilidad del sistema, la ineficiencia de la gestión pública y por tanto el 'despilfarro' del Estado, que en manos de la gestión privada costaría la mitad.

Es siempre peligroso, pero ahora en una crisis económica terrible que dura ya tres años, es demoledor. La ciudadanía exhausta por el paro si no por el propio por el de la familia más próxima, que por lo tanto necesita su ayuda, está siempre dispuesta a escuchar que 'los políticos despilfarran los impuestos' pagados con tanto esfuerzo por ellos. Y que puedan disminuirse las cargas impositivas o acabar con el 'despilfarro' o mejor aún con la crisis es el discurso mejor bienvenido, que todos deseamos escuchar.

Es evidente que a una ciudadanía en esta situación, no es nada difícil convencerla de la insostenibilidad del Sistema debida a la inoperancia pública y que por lo tanto deben ser privatizados. Los defensores de la privatización de la sanidad niegan ese término aduciendo que no se puede hablar de privatización cuando todo se va a seguir financiando con impuestos. Pero no recuerdan que la provisión privada de servicios es un negocio y que un negocio por definición debe devengar beneficios para ser rentable, o sea ser un negocio.

Evidentemente comparan continuamente los costes de hospitales privados y públicos, por ejemplo, demostrando que las mismas camas cuestan mucho menos en la privada que en la pública. Naturalmente jamás explicarán que el coste por procesos, sus resultados y la población asistida es muy distinto."³.

Sin embargo, un nuevo argumento parece estarse consolidando en el discurso neoliberal sobre la atención a la salud: Informe IDIS⁴ que lleva como título "Impacto de la deducción fiscal a la suscripción voluntaria de seguros privados de salud", fechado el 14 de abril de 2011, se afirma que "Dadas las características de nuestro Sistema Nacional de Salud, la integración y la complementariedad de los sistemas público y privado es fundamental para lograr una mejor atención sanitaria a todos los españoles, a la vez que se promueve una sociedad más saludable. Esta integración y complementariedad se hace más necesaria si cabe en un entorno económico como el actual, donde la sostenibilidad del sistema está sufriendo constantes amenazas.

³ En *Cuadernos de Política de Salud* nº 11, Junio de 2011. Fundación 1º de Mayo. www.1mayo.ccoo.es

⁴ Entre los patrocinadores de la Fundación IDIS están aseguradoras privadas como ASISA, ADESLAS, SANITAS, MAPFRE, GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN, y un largo etcétera, tal y como puede comprobarse en su página web <http://www.fundacionidis.com>

Bajo estas condiciones, el IDIS ha promovido una iniciativa encaminada a evaluar la puesta en marcha de incentivos que ayuden al desarrollo del aseguramiento privado que sirva para descargar de presión asistencial y financiera al sistema público de salud. Las deducciones fiscales a la suscripción de seguros individuales de salud son un buen ejemplo y por ello el informe analiza el impacto en los presupuestos de las familias y el fomento del ahorro, la dinamización del empleo en el sector sanitario privado y la repercusión que sobre el sistema público y los Presupuestos Generales del Estado pueda suponer una medida como la propuesta”.

La medida en cuestión se plantea en el citado informe en los siguientes términos literales:

“los poderes públicos pueden desarrollar acciones dentro del sector. La principal y que está en este momento sobre la mesa, es la incorporación de incentivos fiscales a la suscripción voluntaria de seguros individuales de salud.

La Fundación IDIS ha cuantificado el impacto real de este tipo de medidas, centrándose en aquellas rentas con ingresos inferiores a los 30.000 euros, buscando así el ahorro de las familias y el facilitar el acceso a este tipo de servicios sanitarios.

La observación de los efectos de la incentivación fiscal en otros sectores económicos, como el de la vivienda o el automóvil, en época de crisis arrojan incrementos de ventas de entre el 6% y el 24%. La traducción de estos indicadores al sector sanitario es compleja y debe hacerse dentro de los máximos niveles de prudencia.

Con el fin de analizar el impacto que tendría la puesta en marcha de una medida fiscal como la propuesta, se han consensado con responsables del sector asegurador y la industria escenarios de crecimiento, concluyendo que el número de asegurados podría crecer entre el 5% y el 15%.

En un crecimiento del 5% el número de asegurados crecería en 207.000, las recaudaciones tributarias por parte del Estado en más de 20 millones de euros y las deducciones fiscales por adquisición de pólizas de salud supondrían 155 millones de euros. En un escenario de crecimiento optimista (15%), el aumento en número de asegurados alcanzaría los 621.000 asegurados, las recaudaciones tributarias más de 62 millones de euros y un volumen de deducciones de 200 millones de euros.

Tanto por vía del incremento de actividad, como del alivio de la presión sobre los baremos, la medida propuesta supone además una vía de crecimiento de los recursos profesionales en el sector de entre 5.600 y 17.000 personas.

Así mismo, el impacto sobre las familias se calcula entre 107 euros y 365 euros anuales (dependiendo de la unidad familiar).

En el momento actual en el que la crisis económica permite suponer que la presión fiscal se mantendrá alta en los próximos años, se necesita establecer líneas de dinamización de los mercados internos siempre que con ello se consiga aumentar valor a la economía española. En el caso que nos ocupa, esa dinamización es doblemente positiva al incorporar también un componente de descarga al sector sanitario público. El fenómeno del “doble aseguramiento” (ciudadanos con protección sanitaria de financiación pública que libremente deciden suscribir una póliza de salud) se señala tradicionalmente como uno de los principales elementos que explican que el gasto sanitario público en España sea sensiblemente inferior al de los países de nuestro entorno, con resultados en salud equivalentes e incluso superiores. Como se puede ver en el estudio, el ahorro generado para el Estado por el “doble aseguramiento” se ha cuantificado entre 4.224 millones de euros y 8.054 millones de euros”⁵.

No es esta, al menos en principio, la posición de la OCDE, que en su informe sobre la salud en Europa 2010 se expresa en el siguiente sentido: “Dada la necesidad actual de reducir el déficit presupuestario en muchos países, los gobiernos pueden verse a corto plazo ante opciones políticas difíciles. Para reducir el déficit, pueden tener que frenar el crecimiento del gasto público en salud, reducirlo en otras áreas, o aumentar los impuestos o las cotizaciones de seguridad social. La mejora de la productividad del sector sanitario ayudará a conciliar dichas presiones, por ejemplo, mediante una evaluación más rigurosa de las tecnologías sanitarias o el aumento del uso de las tecnologías de información y comunicación («e-sanidad»). Dichas iniciativas, además, podrían mejorar la calidad de la atención sanitaria, que es otro ámbito de colaboración entre la OCDE y la Comisión Europea”⁶.

Ciertamente, la actual e intensa situación de crisis económica en que llevamos sumidos ya más de dos largos años, durante los cuales han sido no pocas las presiones desde distintas instancias para la contención del gasto público (una vez arrumbada ya la declaración de Washington), no hace sino agudizar y situar en el centro de mira la financiación del Modelo Social Europeo, un modelo que se asienta sobre la garantía en la provisión de determinados servicios que se consideran esenciales tanto desde el punto de vista de la suficiencia social y económica de las personas, como desde el punto de vista de la necesidad de prestar suficiente cohesión a la sociedad o, en otras palabras, lo que hemos venido denominando “Estado del Bienestar”.

Con este trabajo queremos poner sobre la mesa tanto las implicaciones de carácter tanto políticas como sociales del copago sanitario como las evidencias empíricas que avalan su escasa idoneidad para hacer frente a las necesidades de la población en materia de salud, sobre aquellas otras evidencias empíricas también que ponen de manifiesto que el copago sanitario

⁵ <http://www.fundacionidis.com/informe-impacto-de-la-deducccion-fiscal/> Documento electrónico. Descarga de fecha 5 de julio de 2011.

⁶ HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2010. Resumen en Español. Documento electrónico en www.oecd.org/bookshop Descarga de 5 de julio de 2011.

sirve, en realidad, para encarecer el costo del propio servicio y tiene un escaso impacto real sobre el gasto público.

Para ello nos basaremos en el Informe de la Fundación 1º de Mayo nº 25, titulado “Copago sanitario: un impuesto sobre la enfermedad”, al que hemos incorporado la experiencia de otros países del entorno europeo en materia de copago y su impacto entre la población, especialmente la más desfavorecida en términos socioeconómicos.

LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

El Estado del Bienestar, no es preciso decirlo, debe nutrirse económicamente a través de unas políticas fiscales que ejerzan un doble papel de redistribución solidaria, en la medida en que su progresividad defina un primer ámbito de redistribución de la renta cuyo segundo ámbito redistributivo queda garantizado en la financiación de servicios de carácter universal, y gratuitos en el momento del uso

Sin embargo, y en un contexto económico bien diferente, el Modelo Social Europeo ya viene siendo cuestionado desde los años 80, ante la irrupción desbocada del liberalismo de Thatcher (que, precisamente, tuvo en la privatización de la sanidad uno de sus buques insignia).

En nuestro país, al inicio de la década de los 90, el conocido como “Informe Abril” vino a abrir innecesariamente la caja de Pandora de la financiación sanitaria, al considerar que “Los usuarios deberían participar en el pago de los servicios, que en principio serían casi simbólicos”.

Una financiación que, desde la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, y coherentemente con la reordenación organizativa que se proponía la Ley, integrando los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, prevé la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, que por su expansión no puede ser financiada enteramente por las cuotas empresariales y las provenientes de la mano de obra.

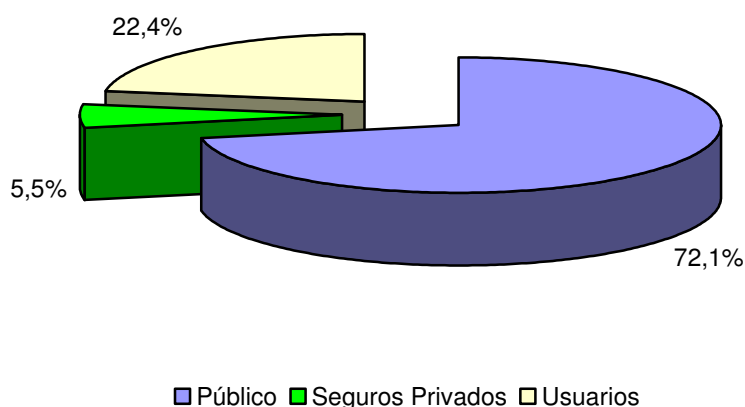
De este modo, el marco de la solidaridad en lo referente a la salud se amplía, ya que se trata de una financiación que no proviene únicamente de la población ocupada, sino que incorpora un papel, otorgado a los poderes públicos, de redistribución y reducción de las desigualdades.

Treinta años más tarde, el Pacto de Toledo consagró definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, es decir, de las aportaciones directas de los contribuyentes a través del Estado, que se materializó plenamente en los Presupuestos Generales del Estado de 1999, y por lo tanto, definió un modelo que definitivamente se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad, cual es el Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, aún siendo cierto que la mayor parte del gasto sanitario es de carácter público, tal como puede constatarse en el gráfico nº 1, no es menos cierto que en nuestro país prácticamente la cuarta parte de este gasto es ya sufragado directamente por los usuarios, bien en el mercado creciente de los aseguramientos privados (mercado inducido desde las propias administraciones sanitarias, como veremos más adelante), bien para hacer frente a necesidades de salud que no están cubiertas por el sistema, cuales

son el copago de los medicamentos recetados a personas menores de 65 años, la atención buco dental, los productos ópticos, y distintas órtesis y prótesis.

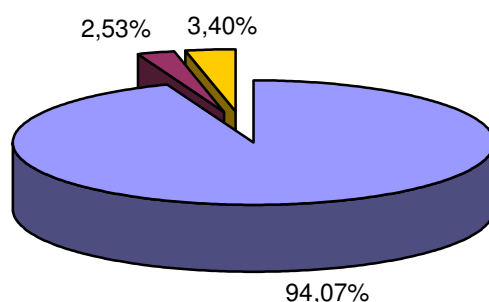
**Gráfico nº 1: Estructura de la financiación del gasto sanitario.
España 2010**



Fuente: *España: Análisis del Sistema Sanitario 2010*, en www.sespas.es (descarga 10 de octubre de 2010).

Con todo, tampoco la aportación pública al gasto sanitario proviene en su totalidad de los tributos ordinarios, sino que lo hace únicamente en un 94 por ciento, quedando el resto a cargo de los aseguramientos obligatorios a mutuas y mutualidades de la función pública (gráfico nº 2).

Gráfico nº 2: Estructura de la aportación pública al gasto sanitario según fuentes de financiación. España 2010



■ Tributos generales ■ Mutuas de accidentes de trabajo ■ Mutualidades de la función pública

Fuente: *España: Análisis del Sistema Sanitario 2010*, en www.sespas.es (descarga 10 de octubre de 2010).

Podríamos profundizar algo más, y subrayar que la presión fiscal sobre el salario en España es del 37,8 por ciento para un salario medio (22.802 € brutos anuales), que se elevaría hasta el 47 por ciento si añadimos los impuestos sobre el consumo, fundamentalmente, el IVA (Cuadro 1).

Ciertamente, no se trata de la presión fiscal mayor de la zona Euro, que se sitúa como media en un 43,2 por ciento para un salario medio estimado en 33.998 € brutos anuales, pero el esfuerzo fiscal es notablemente mayor.

A ello hay que añadir que en España, a partir del modelo de financiación autonómica de 2001, se ha producido una deriva hacia los impuestos indirectos que han incrementado su peso y hacen esta financiación menos equitativa.

De este modo, una primera conclusión que podemos extraer relativa al copago en sanidad es que la contribución de los usuarios al gasto sanitario ya se está produciendo, bien vía impositiva, bien vía “otras aportaciones” (mutuas de accidentes y mutualidades funcionariales), bien satisfaciendo directamente necesidades sanitarias no cubiertas o, al menos, no satisfactoriamente cubiertas, a través de la compra del servicio o de sistemas de aseguramiento privado.

Cuadro 1. Carga fiscal en los países OCDE de la zona Euro para un asalariado

País	Salario Medio	Presión Fiscal sobre el salario	Esfuerzo Fiscal	Esfuerzo Fiscal (Media=100)	Presión fiscal general
	(1)	(2)	(2)/(1)		
Irlanda	34.566	22,90%	0,000663	48,71	30,80%
Luxemburgo	46.524	35,90%	0,000772	56,74	36,40%
Países Bajos	42.363	45,00%	0,001062	78,11	39,80%
Alemania	43.942	52,00%	0,001183	87,01	40,60%
Finlandia	36.587	43,50%	0,001189	87,42	43,40%
Austria	38.653	48,80%	0,001263	92,83	44,40%
Bélgica	40.697	56,00%	0,001376	101,18	46,50%
Francia	32.286	49,30%	0,001502	110,43	44,60%
Grecia	26.097	42,40%	0,001625	119,46	35,10%
España	22.802	37,80%	0,001658	121,89	33,90%
Italia	26.191	46,50%	0,001775	130,55	43,20%
Portugal	16.722	37,60%	0,002249	165,33	36,50%
Zona Euro	33.997,5	43,14%	0,00136	100	39,60%

Fuente: GESTHA a partir de datos de la OCDE.

Como ya se ha señalado, hay una subfinanciación sanitaria en comparación con otros países de nuestro nivel económico y de desarrollo. El problema en gran parte se fundamenta en la baja presión fiscal de nuestro país y en la sistemática retirada de impuestos (patrimonio, sucesiones) que reduce la recaudación de manera más importante en momentos de crisis.

En el cuadro 2 se compara la evolución de los ingresos no financieros en porcentaje del PIB (por lo tanto independientemente de la crisis, ya que esta reduce los ingresos pero también el PIB) y se observa que España se aleja del conjunto de la UE y de la zona euro con porcentajes cada vez menores de recaudación.

Cuadro 2. Ingresos no financieros en % del PIB

País	2007	2008	2009
Alemania	43,9	43,7	44,3
Francia	49,6	49,5	48,1
Italia	46,4	46,2	46,6
Gran Bretaña	41,5	42,5	40,3
España	41,1	37,0	34,5
Zona Euro	45,4	44,9	44,4
U. E. 27	44,9	44,6	44,0

Fuente: Elaboración propia sobre datos EUROSTAT

El fraude fiscal en España se sitúa alrededor del 23% del PIB. Como el PIB de España alcanzó en 2007 el billón de euros, y como la cifra de cuotas no ingresadas supera los 70.000 millones de euros cada año, y teniendo en cuenta la prescripción de este delito es de cuatro años, se puede cuantificar en 280.000 millones de euros las cuotas tributarias no ingresadas, que con una actuación decidida del gobierno se podrían ingresar en las arcas públicas.

Por otro lado la media de fraude fiscal en la Unión Europea es del 13 por ciento (diez puntos menos que en España). Si España lograra equipararse con la media europea, se ingresarían 100.000 millones más de euros (Asociación Profesional de Inspectores de Hacienda 2009).

Ciertamente, según consta en el *Informe para el análisis del gasto sanitario* elaborado en 2005 por el Instituto de Estudios Fiscales, el gasto sanitario público en España consume un elevado porcentaje del gasto público total:

Con relación al gasto público total en el conjunto de Comunidades Autónomas, el gasto sanitario de las mismas representa un 37,62 por ciento en 2003. Este porcentaje oscila entre un 22,41 por ciento y un 40,51 por ciento. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León,

Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia. Por debajo de la media se encuentran Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja (Cuadro 3).

Cuadro 3: Gasto sanitario como porcentaje del gasto público total

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EVOLUCIÓN % GASTO PÚBLICO 1999-2003

Porcentaje					
Comunidades	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	37,6	38,7	38,3	37,7	38,1
Aragón	39,5	38,8	39,8	37,6	40,3
Asturias	48,7	40,0	35,3	36,1	40,3
Baleares	37,8	36,8	36,6	34,4	36,8
Canarias	34,1	33,5	34,0	34,5	37,7
Canabria	35,5	35,6	37,6	38,1	35,2
Castilla y León	45,1	35,2	34,2	34,5	37,8
Castilla La Mancha	48,8	37,7	37,2	35,0	36,5
Cataluña	38,6	38,8	39,0	38,8	40,2
C. Valenciana	36,1	37,0	37,1	37,1	39,1
Extremadura	42,3	35,4	34,5	35,5	35,3
Galicia	34,8	35,8	36,1	35,4	36,8
Madrid	43,5	37,7	35,6	33,9	36,9
Murcia	44,6	39,0	39,3	39,1	40,5
Navarra	18,8	18,6	18,7	21,6	22,4
País Vasco	32,9	33,8	33,6	33,4	33,9
Rioja	34,3	33,4	32,9	33,6	33,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social.

También es necesario decir que el modelo de financiación sanitaria favorece la insuficiencia de recursos para la Sanidad.

Como es bien conocido desde 2001 son las CCAA las que gestionan la Sanidad Pública. De acuerdo con el modelo actual de financiación autonómica, aprobado en 2000 y modificado en 2009, éstas reciben una cantidad global para atender a todas las competencias transferidas, y son los gobiernos de las CCAA y sus parlamentos los que deciden cuanto dinero se dedica a la Sanidad Pública, de acuerdo con sus propias prioridades de gasto.

El resultado es que hay una gran dispersión en los presupuestos sanitarios, como se ve en el cuadro 4, que recoge los presupuestos per capita aprobados para 2010 y 2011 por las distintas CCAA, calculados a partir de los presupuestos aprobados por los distintos parlamentos autonómicos y divididos por el número de habitantes de cada CCAA según el INE. Hay que tener en

cuenta que como este dato se aprueba en diciembre y hace referencia a 1 de enero del año anterior, y que como se ha producido un aumento de población en ese periodo, el presupuesto per capita esta sobreestimado.

Cuadro 4. Presupuestos per capita por CCAA

CCAA	Presupuesto sanitario per capita 2010	Presupuesto sanitario per capita 2011
Andalucía	1180,09	1.121,69
Aragón	1419,37	1.364,49
Asturias	1507,15	1.495,93
Baleares	1066,37	1.003,32
Canarias	1295,36	1.135,75
Cantabria	1347,47	1.232,16
Castilla y León	1360,62	1.348,92
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08
Cataluña	1298,84	1.292,45
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95
Extremadura	1509,72	1.390,56
Galicia	1333,39	1.266,13
Madrid	1108,14	1.103,16
Murcia	1334,25	1.346,9
Navarra	1543,12	1.528,59
País Vasco	1623,08	1.563,68
La Rioja	1443,94	1.347,11
Media CCAA	1.343,95	1.288,58

Como puede observarse hay una gran dispersión en los presupuestos. En el año 2011 nada menos que 556,71 € por habitante y año entre las comunidad autónoma con presupuesto más elevado y la que lo tenía menor.

Obviamente las CCAA con menor presupuesto por habitante tienen tendencia a presentar deudas mayores (las tres que encabezan el “ranking” de deuda están situadas por debajo de la media en cuanto a presupuestos y las cuatro últimas están en el grupo de mayor presupuesto per capita), porque aunque existen diferencias interautonómicas que explican una parte de la variación en las necesidades de gasto (por ejemplo el envejecimiento de la población, la dispersión geográfica, etc), es obvio que no hay justificación para un gasto sanitario tan distinto, y que los bajos presupuestos conllevan un endeudamiento progresivo y creciente que se agrava con el mantenimiento de esta baja presupuestación a lo largo de los años.

Otro hecho derivado de este modelo inadecuado de financiación autonómica consiste en que los ingresos de las CCAA supuestamente destinados “para la sanidad” carecen de mecanismos de control para garantizar su posicionamiento concreto en los presupuestos sanitarios. Así sucedió con las aportaciones de la conferencia de presidentes de 2005, que en varias de ellas (por ejemplo en Madrid y Valencia) no acabaron en Sanidad, y con el llamado “céntimo sanitario” que es un ingreso de las CCAA que en última instancia son las que deciden si se destina a Sanidad o a cualquier otra cosa.

Asimismo, otro dato que debe ser tenido en consideración al hablar de gasto y financiación del sistema sanitario es el hecho de que tenemos un gasto farmacéutico elevado.

El gasto farmacéutico español es muy elevado. En comparación con los países de la OCDE el gasto farmacéutico se coloca 3,9 puntos porcentuales sobre el promedio del gasto sanitario (21,3 frente al 17,4) y 0,3 puntos mas en términos de porcentaje sobre el PIB (1,8 frente al 1,5). España es uno de los cuatro países que encabezan la lista del gasto farmacéutico de la OCDE (OECD Health Data).

Si el gasto farmacéutico español por habitante y año se redujera al promedio de la OCDE se produciría un ahorro de 5.000 millones de €, en números redondos, lo que evidencia la gran capacidad de mejora que hay en este terreno.

Cuando analizamos las cifras del gasto farmacéutico nos encontramos con el problema de que mientras las que se refieren al gasto farmacéutico de recetas de la Seguridad Social es bastante transparente (aparece actualizada mes a mes en la web del Ministerio de Sanidad), la del gasto farmacéutico hospitalario no es pública y sus cifras conocidas lo son con varios años de retraso.

El gasto farmacéutico público de recetas tiene una media de 259,62 € por habitante y año y el gasto privado en 2009 era de 148,41 € habitante y año, es decir un 57,16 por ciento del gasto público, y tiene también una gran dispersión según CCAA, sobre todo relacionada con el porcentaje de medicamentos genéricos que se utiliza en cada una de ellas (que oscila entre el 14,81 por ciento del gasto en Andalucía al 4,17 por ciento del gasto en Galicia, según el Ministerio de Sanidad), con un coeficiente de correlación de $-0,692$. De todas maneras conviene tener en cuenta que el porcentaje de gasto de recetas en medicamentos genéricos en España es globalmente bajo (8,38 por ciento) en comparación con otros países (37 por ciento Alemania, 28 por ciento Reino Unido, 22 por ciento USA, etc.).

El gasto farmacéutico ha venido creciendo en torno al 7% anual (15% en los hospitales) como consecuencia de la incorporación constante de nuevos medicamentos, productos sanitarios y tratamientos, y de las políticas de

marketing de los laboratorios farmacéutico dirigidas a los médicos y asociaciones de enfermos (se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000€ per cápita en la actualidad a 70.000€ en unos años, triplicando su coste). Más del 50 por ciento de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente. El uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos

En 2010 y 2011 se está produciendo una reducción de gasto farmacéutico en recetas (un descenso del 2,36 por ciento en 2010 y del 9,02 interanual en mayo del 2011), pero las noticias que hay sobre el gasto hospitalario, que como ya se ha dicho no es transparente y cuyos datos se ocultan a la opinión pública, es que éste continua creciendo, por lo que hay razones para pensar que el gasto farmacéutico público total no esta disminuyendo o lo hace en porcentajes muy pequeños.

El incremento de las privatizaciones es otro de los factores que influye en el aumento de los costes. Las experiencias que existen en el Reino Unido señalan un aumento de los costes de entre seis y siete veces más a lo largo del tiempo en las iniciativas de financiación privada (PFI), siempre y cuando no se produzcan otros problemas.

En España y en la Comunidad de Madrid se ha evidenciado un coste adicional de 7,14 veces más, tal y como se ve en la tabla 4. Es un sobrecoste que puede incrementarse con el tiempo, pues, por ejemplo, las UTE que tienen la concesión de los hospitales PFI de Madrid han solicitado un incremento de 9,2 millones de € anuales en el canon y 80 millones mas por excesos de gasto (El País 2011).

Precio de los nuevos hospitales



Hospital	Costes obra (1)	CANON alquiler 2008 (1,2)	Coste final a 30 años (1,2)	PROPIETARIOS
Aranjuez	58	9,7	300	Construc Hispánica
Arganda	63	10,7	330	FCC, caja madrid
Coslada	93	16	480	Sacyr vallehermoso
Majadahonda	250	45	1350	Dragados
Norte	114	20	600	Acciona
Paría	84	15	450	Sacyr vallehermoso
Valdemoro	72	25	990	Apax partners
Vallecas	107	16,8	510	Begar, ploder
Total	 701	158,2	 5.010	

(1) millones de euros .

(2) Varía año a año, en general aumenta por IPC+gastos sobrevenidos y lucro creciente.

El hospital de Burgos (otro hospital de modelo PFI) lleva ya un sobrecoste de 132 millones de € y una demora de 1,5 años en su terminación. El cuadro 5 compara los costes de dos hospitales de tercer nivel, el Hospital Central de Asturias, construido por la formula tradicional y financiación pública, con el de Majadahonda /Puerta de Hierro mediante PFI.

Cuadro 5. Comparación de costes de dos hospitales

Hospital	Nº camas	Coste final (incluido equipamiento)
H. C. Asturias	1039	350 millones euros
P. Hierro	800	1200 millones euros
Diferencias:	- 239	+ 850 millones de euros

Estos sobrecostes de la privatización explican también, en parte, las deudas de comunidades autónomas como Madrid y Valencia donde los modelos privatizadores están muy desarrollados.

Recientemente Allyson Pollock (BMJ 2011) señalaba una escandalosa contradicción: los costes pagados por los modelos PFI en gran parte están sufragados por bancos que han tenido que ser reflatados con dinero público; a la vez estos bancos están recibiendo por los hospitales PFI intereses que se encuentran entre 2,01 y 1,68 veces mas de lo que ellos pagan por el mismo dinero al gobierno. Un hecho irracional e insostenible.

No obstante todo ello, y teniendo, como tiene el gasto sanitario un elevado componente ético, en la medida en que lo tiene el garantizar a toda la población la accesibilidad a recursos que garanticen un buen estado de salud, no puede ser ésta la referencia más adecuada para valorar la suficiencia o insuficiencia del gasto sanitario, ni, mucho menos su sostenibilidad o insostenibilidad, toda vez que, además, el volumen del gasto público está condicionado, como hemos dicho, a una decisión de carácter eminentemente política como es la política fiscal.

Así, suele ser más indicativo tanto de su suficiencia como de su sostenibilidad, el referirlo bien a su relación con la riqueza de un país, en términos de Producto Interior Bruto, bien a su suficiencia en términos prestacionales, esto es, en gasto por habitante.

Pues bien, en el primero de los casos, los datos ponen de manifiesto la escasez del gasto sanitario con respecto a los países de la Unión Europea, ya que, si bien se sitúa por encima de la media de los países de los que se tienen datos, está muy por debajo de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca o Francia (Cuadro nº 6).

Cuadro 6: Gasto sanitario como porcentaje del PIB

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alemania	8,2	7,9	7,9	7,9	10,1	
Austria	7,5	7,6	7,6	7,5	9,8	9,9
Bélgica	7,1	7,4	7,4	7,2	9,8	
Bulgaria	4,7	4,4	4,5	4,0	6,9	
Chipre	2,7	2,5	2,5	2,6	5,9	5,8
Dinamarca	7,4	7,5	7,5	7,7	9,3	
Eslovaquia			5,1	4,9		
Eslovenia	6,0	5,9	5,8	5,7	7,4	7,9
España	5,5	5,6	5,6	5,7	8,2	
Estonia	3,8	3,9	3,9	3,7	5,4	
Finlandia	5,6	5,7	5,9	5,8	7,7	
Francia	8,4	8,5	8,6	8,5	10,7	
Hungría	5,8	5,6	5,8	5,6	7,1	
Letonia			3,4			
Lituania		3,7	3,8	4,0	5,8	6,3
Luxemburgo	6,7	6,8	6,8			
Países Bajos	5,9	5,8	5,8	7,2	9,0	
Polonia	4,1	4,0	4,0	4,1	6,0	6,6
Portugal	6,7	6,8	6,9	6,7		
República C	6,4	6,2	6,1	5,8	6,5	
Rumanía	3,8	3,5	3,8	3,4	5,1	5,3
Suecia	7,5	7,3	7,2	7,2	8,5	8,8
Media país	6,0	5,8	5,7	5,8	7,7	

Fuente: Eurostat 2010. Tomado de *Hispabarometro*, Fundación 1º de Mayo

Tampoco queda muy bien parado el gasto sanitario español utilizando el segundo de los criterios comparativos, el del gasto por habitante.

Los datos disponibles nos dicen que España se sitúa por debajo de la media pronosticada de la UE-27 en términos de paridad de poder de compra, y, nuevamente, muy alejada del gasto de países como Alemania, Austria, Bélgica o Francia (Cuadro nº 7).

Cuadro nº 7: Gasto público en atención sanitaria UPP

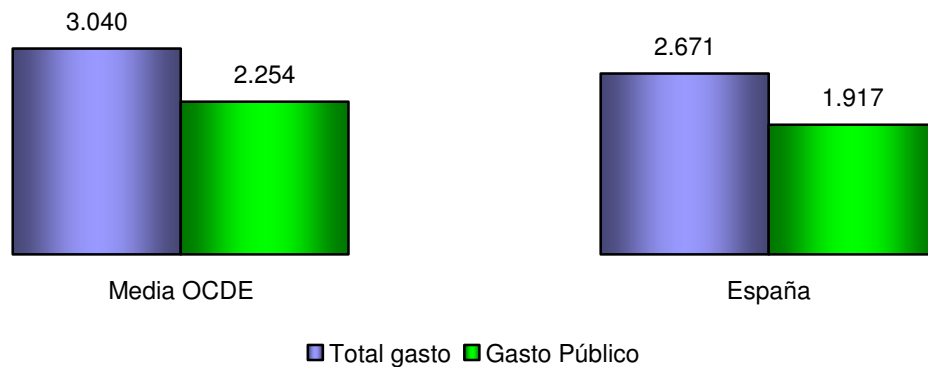
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alemania	1589.4	1664.7	1658.3	1692.6	1799.3	1878.0	1939.6	1991.3	2049.4	2033.3	2093.4
Austria	1417.9	1452.4	1521.9	1604.6	1735.1	1764.5	1771.1	1867.7	1891.3	1967.6	2043.9
Bélgica	1155.4	1263.3	1249.3	1281.3	1364.0	1447.0	1515.0	1605.1	1891.0	2002.1	2077.9
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	355.0
Chipre	:	:	:	:	:	669.6	703.3	738.4	860.3	823.2	937.2
Dinamarca	1064.8	1099.9	1148.1	1261.6	1322.8	1418.8	1454.1	1585.1	1582.0	1669.4	1724.9
Eslovaquia	413.8	537.0	579.9	611.4	595.0	626.2	665.8	699.4	660.3	614.5	644.7
Eslovenia	:	824.4	905.2	974.2	1038.1	1100.1	1182.8	1255.7	1300.5	1376.5	1442.3
España	805.4	857.4	881.5	918.1	978.4	1081.1	1124.6	1224.2	1293.3	1369.2	1464.7
Estonia	:	:	:	:	:	376.3	375.3	397.4	445.8	501.5	556.1
Finlandia	1011.1	1066.1	1114.0	1150.8	1202.1	1289.3	1352.1	1454.3	1508.2	1653.1	1726.2
Francia	1380.9	1448.1	1501.3	1572.9	1632.3	1748.7	1850.0	1986.1	1998.8	2099.1	2218.6
Grecia	617.0	637.0	694.3	716.7	793.8	964.7	1044.0	1130.8	1155.7	1232.3	1407.1
Hungría	:	:	:	:	530.5	563.3	605.0	700.5	804.9	819.8	921.4
Irlanda	978.7	983.4	1066.4	1128.8	1248.1	1367.5	1585.6	1795.5	1917.3	2082.2	2225.0
Italia	956.7	1007.7	1080.7	1136.3	1179.7	1329.2	1457.5	1417.5	1430.3	1512.0	1599.8
Letonia	:	:	151.4	159.9	180.9	173.7	206.2	224.6	272.4	295.9	344.5
Lituania	:	218.7	261.7	327.2	332.9	342.4	353.2	370.1	396.8	411.0	463.2
Luxemburgo	1630.8	1817.6	1846.5	1903.4	2171.6	2234.8	2429.9	2661.6	2787.8	3032.9	3258.4
Malta	566.8	567.0	679.4	694.8	723.5	783.8	784.0	801.4	843.5	913.9	928.9
P. Bajos	1491.8	1485.7	1518.9	1602.6	1729.2	1853.9	1988.2	2165.3	2209.4	2254.3	2361.8
Polinia	:	:	:	:	:	343.5	371.0	416.9	419.3	417.9	437.1
Portugal	758.4	660.7	704.9	760.7	845.0	922.6	956.5	1057.4	1023.2	1135.2	1206.7
R. Checa	675.1	727.5	736.2	719.4	762.5	828.2	895.9	987.2	1055.7	1069.3	1119.8
Reino Unido	1053.4	1115.4	1185.0	1274.8	1322.6	1473.3	1691.6	1755.0	1908.3	2070.6	2160.3
Rumanía	:	:	:	:	:	162.9	186.1	204.0	215.3	393.1	398.8
Suecia	1332.8	1387.2	1456.1	1561.8	1729.0	1928.9	2015.1	2168.6	2247.0	2242.7	2214.6
UE-15	1223.9	1273.5	1306.9	1366.6	1439.1	1553.0	1658.7	1730.5	1791.2	1863.7	1949.0
UE-25	:	:	:	:	:	1394.9	1490.5	1561.2	1621.6	1688.7	1767.0
UE-27	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	1691.8

Fuente: Eurostat, 2009. Proporcionado por *Observatorio Social de España*.

Pero además, el gasto sanitario público en España se encuentra ya fuertemente complementado por el gasto de las familias para atender las necesidades derivadas de su salud, como ya se ha indicado antes, y esa “complementariedad” (que en realidad es ya un copago de servicios sanitarios), es, según el informe *OECD Health Data 2009*, es mayor en nuestro país que en el promedio de los países de la OCDE: El porcentaje de financiación pública según esta fuente estaba en el 71,8 por ciento en España, en tanto el promedio OCDE se sitúa en el 73 por ciento.

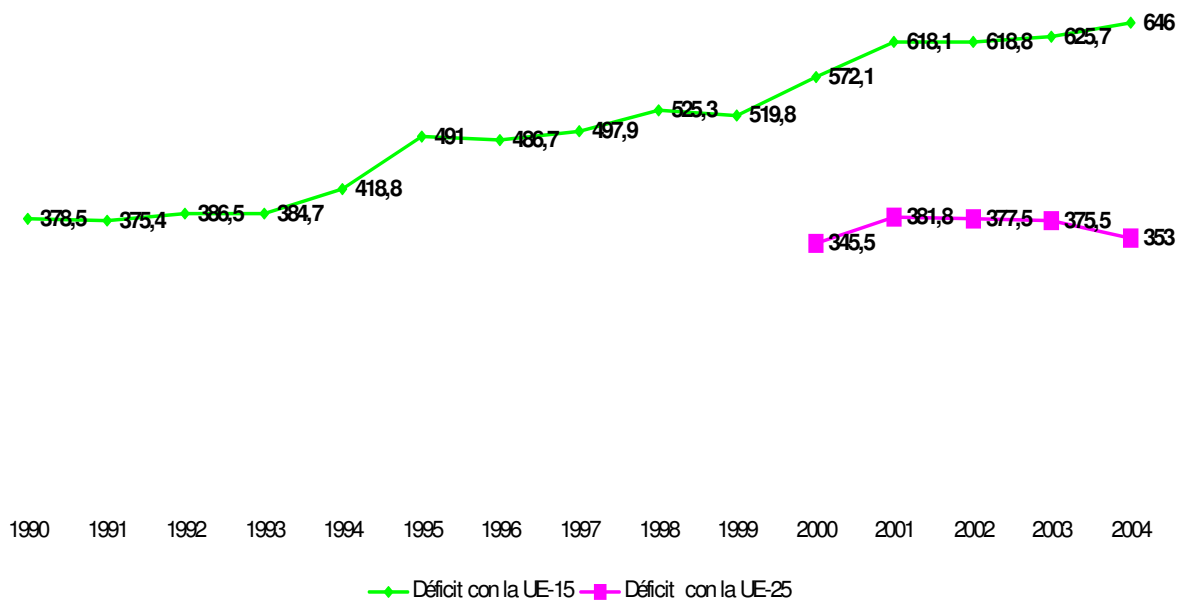
Una diferencia es mayor si se compara con los datos de la UE15 e incluso con la UE27, ya que el promedio del porcentaje de financiación pública de los datos de la OCDE baja mucho por la presencia de dos países como son México y EEUU, en que ésta se sitúa en el 45 por ciento.

Gráfico nº 3: Gasto sanitario total y gasto sanitario público. España-OCDE 2009 (€ per cápita)



De este modo podemos hablar de una auténtica “desconvergencia” del gasto público sanitario en nuestro país con respecto al entorno europeo, desconvergencia que aparece cuantificada en el gráfico nº 4.

Gráfico nº 4: Evolución del déficit de España con la UE-15 y la UE-25 en Gasto Público en Enfermedad/Atención Sanitaria en UPP/habitante. 1990-2004

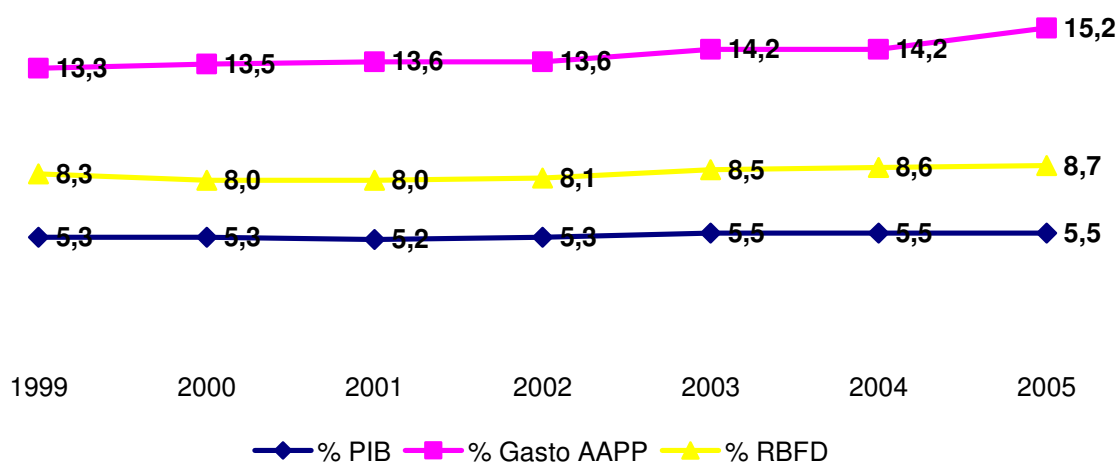


Fuente: Eurostat, 2007. Proporcionado por el Observatorio Social de España

En todo caso, una última comparativa puede servirnos para evaluar si el gasto público sanitario es suficiente o no lo es; y es que la aportación económica de las familias al gasto sanitario total debe referenciarse en la renta disponible de los hogares, toda vez que esta referencia nos servirá para saber hasta qué punto se trata de un esfuerzo económico sostenible o no o, dicho de otro modo, hasta qué punto se pone en quiebra la equidad con respecto a la salud en nuestro país.

En el gráfico nº 5 podemos constatar no sólo como el gasto en sanidad consume un porcentaje nada desdeñable de la renta bruta de los hogares, situándose en el 8 por ciento de ésta, sino que este porcentaje es creciente (como lo es el porcentaje que consume del gasto de las Administraciones Públicas), y que el punto de inflexión al alza se verifica a partir de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas que, como es sabido son responsables del 91 por ciento de este gasto.

Gráfico nº 5: Evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB, el gasto de las Administraciones Públicas y la Renta Bruta Familiar Disponible (España)



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. *Informe del grupo de trabajo sobre gasto sanitario 2007*.

Más allá de lo que estos indicadores muestran de modo descriptivo, otros estudios, como el realizado por Rosa Urbanos⁷ subrayan la necesidad de

⁷ URBANOS, Rosa: *El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro*. Revista Asturiana de Economía nº 35, 2006 [documento electrónico en www.revistaasturianadeeconomia.org]

referir el gasto sanitario al esperable según el nivel de renta de un determinado país, dado que se trata de un gasto muy sensible al grado de desarrollo económico.

Pues bien, tanto en relación con los países de la OCDE en su conjunto como en relación con los países de la OCDE que pertenecen a la Unión Europea, “España se sitúa por debajo de la recta de regresión, y en ambos se concluye que el gasto sanitario público per cápita en España representa aproximadamente el 87 por ciento del que cabría esperar para un país con nuestro nivel de renta, dado el patrón de comportamiento de la muestra de países analizados.

Las estimaciones nos acercan algo más a la media estimada cuando la variable utilizada es el gasto sanitario total, como suma de público y privado, situándose entre el 90 por ciento y el 93 por ciento según el conjunto de países tomado como referencia”.

Pero además, según esta misma autora, “el Barómetro Sanitario referido al año 2005, indica que un 45,3 por ciento de la población cree que el Estado dedica pocos recursos a la sanidad, frente a un 34,1 por ciento que opina que se dedica lo justo, y un 2,8 por ciento que cree que se emplean demasiados recursos al sector sanitario”.

De este modo, “España gasta menos que lo que indica su nivel de renta, y menos también de lo que desea la mayoría de los ciudadanos. Lo que significa que no sólo existe margen de maniobra para incrementar el gasto público en sanidad, sino que además se trata de una medida que, en principio, sería aplaudida por la mayor parte de la población”.

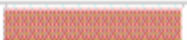
Uno de los argumentos sobre la insostenibilidad del SNS se basa en las deudas de las CCAA y su demora en el pago a los proveedores. Lo primero que debe señalarse es que no existen unos datos específicos que nos permitan conocer con certeza la cuantía de las mismas que, en todo caso, han venido a ser reconocidas por las CCAA de manera tácita.

La figura siguiente recoge los datos publicados que, como se ha dicho, deben verse con cierta prudencia, aunque probablemente se acercan a la realidad

Deuda sanitaria de las CCAA

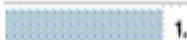
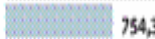
Deuda sanitaria de las comunidades

■ DEUDA FARMACÉUTICA

	Datos provisionales a 31 de marzo de 2011 (en millones de euros) y variación 2011/2010 (en porcentaje)		Periodo medio de pago (días)	
			2010	31-3-2011
Andalucía	 1.245,4	16,4%	587	▲ 659
Com. Valenciana	 957,5	17,0%	561	▲ 633
Madrid	 700	9,4%	303	▲ 329
Castilla y León	 500,2	8,0%	666	▲ 725
Castilla-La Mancha	 268	24,1%	388	▲ 451
Murcia	 252,9	-0,5%	625	▼ 605
Galicia	 236,7	38,1%	190	▲ 272
Cataluña*	 234	0,2%	223	▼ 217
Canarias	 148	-9,6%	742	▼ 623
Baleares	 146,3	-7,9%	588	▼ 503
Aragón	 122,3	0,9%	271	▼ 269
Asturias	 118,7	3,1%	364	▼ 356
Canarias	 105	9,6%	172	▲ 200
Extremadura	 53,5	4,8%	164	▼ 159
País Vasco	 51,5	-1,1%	92	▼ 87
La Rioja	 41,8	35,7%	349	▲ 413
Navarra	 9,4	-68,2%	148	▼ 42
Ceuta y Melilla	 0,9	110,0%	17	▲ 35
TOTAL/MEDIA	 5.191,9	10,8%	390	▲ 410

* Solo hospitales de Instituto Catalán de Salud (ICS).

■ DEUDA A OTROS PROVEEDORES

	(Equipos, material, gasas, tecnología, etc.) Abril de 2011, en millones de euros		Periodo medio de pago (días)	
			2010	Abril 11
Andalucía	 1.107,6	538	▲	624
Com. Valenciana	 754,3	550	▲	645
Madrid	 510,1	274	▲	304
Castilla y León	 449,6	594		594
Castilla-La Mancha	 258,4	359	▲	468
Murcia	 260,3	652	▲	667
Galicia	 120,4	151	▲	155
Cataluña*	 208,1	209	▲	216
Canarias	 87,8	666	▼	599
Baleares	 96,3	570	▼	488
Aragón	 110,1	262	▼	260
Asturias	 77,8	314	▼	253
Canarias	 100,4	173	▲	195
Extremadura	 54,1	177	▼	159
País Vasco	 64,8	100	▲	103
La Rioja	 28,0	252	▲	348
Navarra	 10,2	83	▼	53
Ceuta y Melilla	 1,8	42	▲	45
TOTAL/MEDIA	 4.300,0	347	▲	395

Fuente: Farmaindustria. EL PAÍS

En definitiva, todo parece indicar que el gasto sanitario público en España no está a la altura de los indicadores de los países de nuestro entorno, que su tendencia, además, no se orienta a la convergencia con éstos, y que el gasto sanitario privado ya existente es más elevado en nuestro país, manifestando una tendencia al alza que no se corresponde, simétricamente, con una mayor participación del gasto sanitario sobre el Producto Interior Bruto (poniéndose así de manifiesto la ausencia de una política fiscal adecuada), lo que unido a un incremento en los gastos aparentemente derivado (al menos en gran parte) de la descentralización sanitaria, hace que este gasto tenga un peso creciente en el gasto de las Administraciones Públicas.

El horizonte al que se enfrenta el gasto sanitario es, además, al alza; una predicción en la que parecen coincidir prácticamente todas las personas expertas, y que se deriva de varios factores.

En primer lugar, para dar respuesta al crecimiento demográfico general y al crecimiento progresivo del envejecimiento en particular, lo que determina, además, no sólo la necesidad de más recursos sanitarios, sino de nuevos recursos sociales pero también sanitarios para la población.

En segundo lugar, para satisfacer esas necesidades (tanto las actuales como las emergentes) con mayor eficacia, teniendo en cuenta, además, que la población atendida es una población con mayor información, lo que incrementa sus expectativas con respecto al sistema de salud.

En tercer lugar, para incorporar aquellas innovaciones técnicas y farmacéuticas que supongan una mejora real en el estado de salud de la población.

En palabras de Juan M. Cabasés, los factores que harán crecer el gasto sanitario en las dos próximas décadas son “exigencias impuestas por la mejora de la calidad (tiempos de espera, tratamientos específicos garantizados, seguridad de las intervenciones...); expectativas cambiantes (capacidad de elección, mayor utilización de los servicios); avances tecnológicos (genética, medicamentos, maquinaria), ámbito de elevada incertidumbre; precios, incluidos los costes de personal especializado con posibles novedades de dedicación (exclusividad, nuevos horarios), compromisos de calidad y carrera profesional; mejoras en la productividad tales como tecnologías de información y comunicación, mejoras en la gestión, cambios en la utilización de recursos hospitalarios por pacientes crónicos; renovación de las infraestructuras sanitarias, de acuerdo con las exigencias de la demanda (habitación individual, nuevos edificios); mayor implicación de los individuos con su salud; aumento de la esperanza de vida; mayor utilización de servicios sanitarios que son capaces de dar respuesta con tecnología avanzada a necesidades, de manera más eficiente”⁸.

⁸ CABASÉS, Juan M.: *La financiación de la sanidad pública*, s.d. [Documento electrónico en www.ajs.es]

¿HACEMOS UN MAL USO DEL SISTEMA SANITARIO?

En el informe Fedea presentado el pasado mes de abril y titulado *La Ley de Economía Sostenible y las reformas estructurales: 25 propuestas*, podemos leer: “la clave de una reforma en profundidad que asegure la sostenibilidad del sistema es realizar actuaciones sobre la demanda, la oferta y la innovación para alinear los incentivos e incrementar la responsabilidad de pacientes, profesionales y gestores. [...]Responsabilizar a los usuarios requiere la introducción de copagos en atención primaria y urgencias y la revisión del actual modelo de copago farmacéutico que se ha ido desactualizando con el paso del tiempo. Estas medidas no tienen que tener una finalidad recaudadora, sino mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y con más tiempo de atención al paciente por parte del médico. En particular, sería necesaria la introducción de un pago fijo por visita en atención primaria y en urgencias para filtrar la entrada no necesaria de pacientes en las puertas del sistema”.

Efectivamente, este ha sido el argumento recurrente para los defensores del copago sanitario, a saber, su eficacia como “mecanismo disciplinario” ante los “abusos” en el uso del sistema público sanitario por parte de la ciudadanía.

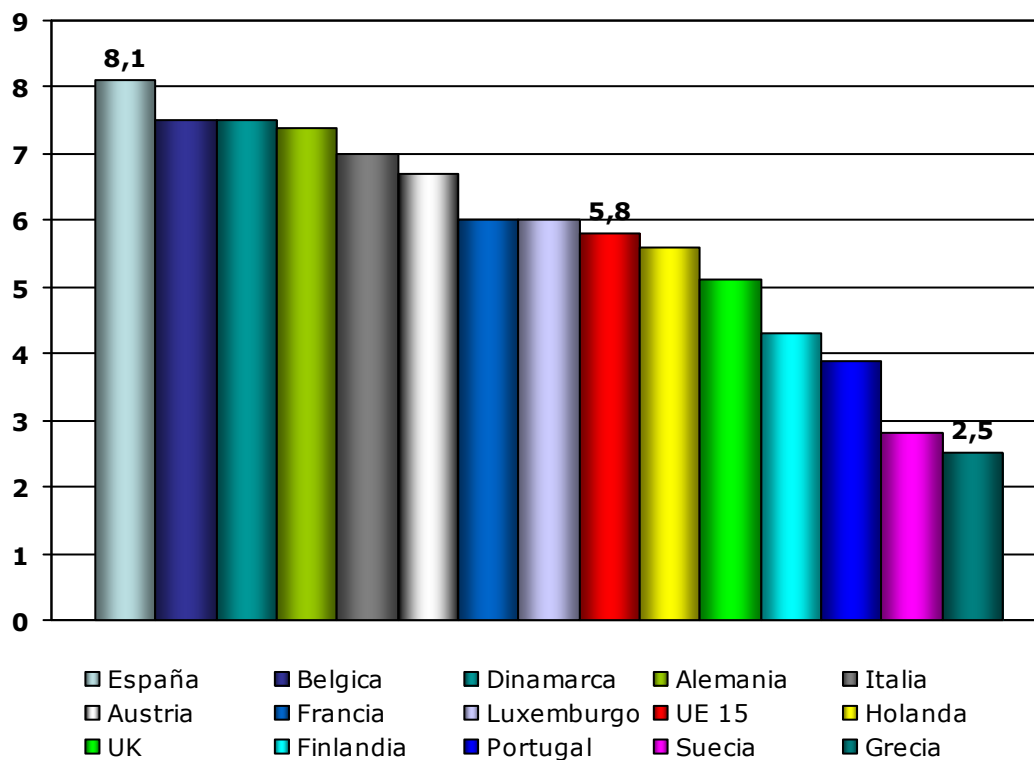
O, dicho de otra manera, se trataría no tanto de gastar más, según se deduce de los datos del apartado anterior, sino de gastar mejor (y, habría que recordarlo, no se trata de planteamientos disyuntivos sino, en todo caso y siempre, complementarios).

Habría que preguntarse, entonces, si en España se hace un mal uso de los servicios sanitarios.

El gráfico nº 6 pone de manifiesto que España es, en el contexto de la UE-15, el país con mayor número de visitas médicas por habitante y año, con 2,3 visitas más que la media.

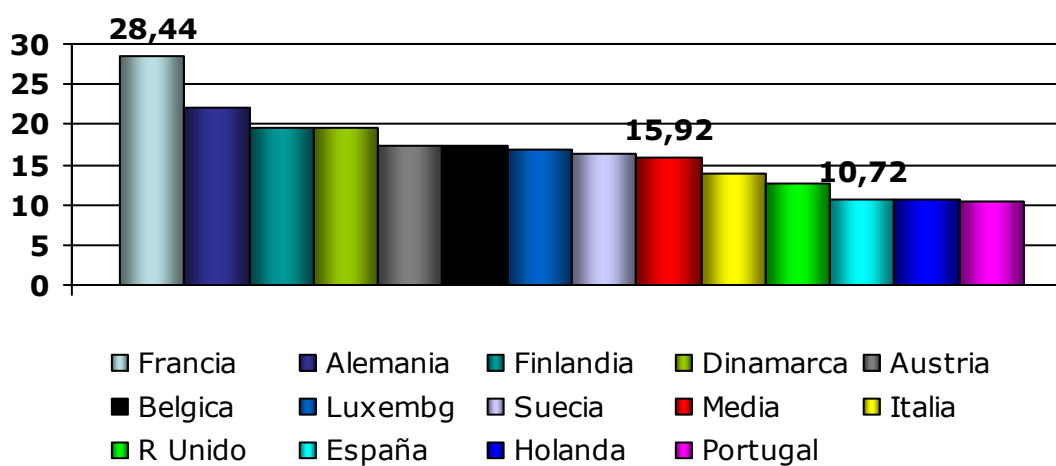
Sin embargo, las estancias hospitalarias en nuestro país son sensiblemente inferiores a la media, ocupando el antepenúltimo puesto en el conjunto de países de la UE-15 (gráfico nº 7).

**Gráfico nº 6: Número de visitas médicas por habitante y año.
2006**



Fuente: OCDE Health Data, 2009

Gráfico nº 7: Estancias hospitalarias/ 100 habitantes y año



Fuente: OCDE Health Data, 2009

¿A qué se debe esta aparente contradicción en los datos de uso de los distintos servicios de salud? Marciano Sánchez Bayle lo resume así: “Obviamente lo primero que habría que saber es si la utilización era o no apropiada porque podría darse el caso de que tuviéramos una utilización adecuada y los otros países inapropiadamente baja, lo que es pudiera explicar que estemos en las cifras más elevadas de esperanza de vida.

En todo caso es evidente que en España existen muchas consultas que son de carácter burocrático y claramente evitables (seguimiento de las bajas laborales, recogida de recetas en casos de largo tratamiento, certificados, etc.) que podrían ahorrarse, y de hecho ya están empezando a evitarse con sistemas informáticos apropiados, y que el papel de la enfermería en atención primaria no está racionalmente utilizado de manera que muchos problemas que utilizan una consulta médica podrían perfectamente ser resueltos en las consultas de estos profesionales.

Por último también hay que tener en cuenta que las únicas consultas que deciden los ciudadanos son las que se producen a demanda ante un problema agudo, pero a partir de esa primera demanda la decisión está en manos de los profesionales (revisiones, controles, derivaciones a especialistas, etc.) y el hecho de que en las cifras antes citadas todos los países (excepto España) que están situados por encima de la media tienen implantados sistemas de copago.

La demanda es inducida en un porcentaje muy elevado, tanto por los propios médicos, como por la incitación social al consumismo sanitario.

En el capitalismo, la inducción al consumo es parte de su supervivencia y de su crecimiento. La inducción se propicia cuando hay quien pague ese consumo, sea el financiador público o privado (mutuas, paciente). La inducción se ejerce sobre consumidores directamente o sobre reguladores: nuevos medicamentos, nuevas tecnologías; o sobre los intermediarios que más deciden: médicos de hospital, a través de los cuales se introducen la mayoría de los medicamentos y técnicas que luego se difunden rápida y acríticamente por todo el sistema sanitario (AP) y social (medios de comunicación, asociaciones de pacientes).

Es decir el exceso de utilización inapropiada no está establecido, pero en todo caso haya algunos factores de la organización de nuestro sistema que favorece un exceso de carga burocrática en las consultas y una gran parte de las consultas (más del 70 por ciento) son decididas por los profesionales y no por los ciudadanos”⁹.

Aunque se dice que los pacientes visitan al médico de cabecera una media de entre 8 y 9 veces al año, lo cierto es que se trata de un dato posiblemente erróneo, porque incluye las visitas a otros servicios complementarios, como

⁹ SÁNCHEZ BAYLE, Marciano: “Copagos. Impuesto sobre la enfermedad”, *Revista de Estudios* nº 19, Fundación 1º de Mayo, Agosto 2010 [documento electrónico en www.1mayo.ccoo.es].

odontología, podología, etc... que en las estadísticas de la UE se consideran de atención primaria.

El último informe de la OCDE (OCDE Health Data 2011) señala que en 2009 el número de consultas por habitante y año estaba en España en 7,5, siendo la media de la OCDE 6,69 (6,57 si solo se consideran los países europeos pertenecientes a la OCDE), existiendo tres países europeos con un mayor número de consultas año: Hungría (12), República Checa (11,2) y Alemania (8,2). En el mismo informe España continúa siendo el país europeo con menor número de estancias hospitalarias por 100 habitantes y año de Europa 10,41 (media OCDE 16,49, media de los países europeos de la OCDE 17,24).

El dato más cercano a la realidad es de 6 visitas/persona/año, según la encuesta realizada por Eroski Consumer a 4.250 pacientes, en 18 provincias y en 170 centros de salud en septiembre de 2010. En esa misma encuesta se obtiene una satisfacción con la atención primaria de 8 sobre 10. Ambos datos son coincidentes con la evaluación de la estrategia AP21: 5,6 visitas/año y 8,4 de satisfacción.

En el fondo, lo que dicen los datos (OCDE 2009) es que tenemos un sistema muy basado en la Atención Primaria con pocas camas hospitalarias, donde se atienden en consulta más problemas que en los otros países de la UE. Además faltan camas públicas de crónicos, ya que mientras el índice camas de agudos por mil habitantes es de 3,8, las camas de larga estancia (crónicos y geriátricos) son el 0,4 por mil habitantes mientras que la media de estas camas en los países más desarrollados de la Unión Europea (UE-15) está en torno al 30 por ciento del total de camas.

Correlativamente, y tal vez de manera un tanto paradójica, “observados desde la perspectiva funcional, los datos de gasto también señalan algunos rasgos característicos de nuestro sistema sanitario.

En primer lugar, el enorme peso de la atención especializada (que absorbe más de la mitad del gasto total) frente a la magra (y decreciente) importancia de la atención primaria¹⁰. [...] El desequilibrio de cifras entre asistencia primaria y especializada debe hacer, de nuevo, reflexionar sobre el modelo de organización seguido por el conjunto del sistema. Siendo la Atención Primaria la puerta de acceso al Sistema Nacional de Salud (con la notable excepción de las urgencias), y en teoría responsable de la continuidad de los cuidados una vez los pacientes salen del circuito de la asistencia especializada, sorprende una vez más su escaso protagonismo real y sus relativamente reducidas cifras de gasto”¹¹.

¹⁰ Sobre la situación de la Atención Primaria en España, véase PALOMO, Luís (coord.): *Expectativas y Realidades de la Atención Primaria española*, Fundación 1º de Mayo, Madrid, 2010. En el mismo sentido, GONZÁLEZ MÉDEL, Javier: *La situación de la Atención Primaria de la salud en España*, Observatorio de Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo, octubre de 2010 [documento electrónico en www.1mayo.ccoo.es]. (La referencia es nuestra).

¹¹ URBANOS, Rosa op.cit.

Es precisamente la Atención Primaria la que, al menos en primera instancia, puede ser más sensible a una inhibición del uso, precisamente por ese carácter de “puerta de entrada” al sistema. Sin embargo, “para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), el porcentaje del gasto sanitario público en Atención Primaria por habitante se ha mantenido en los últimos años en cifras en torno al 14 por ciento del gasto sanitario total, pasando de suponer el 13,9 por ciento en el año 2002 al 14,1 por ciento en el 2006 y significa alrededor de 180 € por habitante para el año 2009, con grandes diferencias entre Comunidades, que llegan a ser de más de un 70 por ciento entre las que más gastan y las que menos.

Hay que señalar que en conjunto, este gasto es aproximadamente un 57 por ciento de la media de los países de la OCDE¹²”

Con todo, habría que ser conscientes de que “el bocado del león” en términos de gasto sanitario procede, desde el punto de vista económico presupuestario, al Capítulo I, es decir, a los gastos de personal, que, a pesar de haber observado una tendencia decreciente en el conjunto del gasto sanitario, consume prácticamente la mitad de éste¹³.

Un gasto sobre el que la inhibición del uso tiene un efecto muy escaso, sobre todo en la medida en que las ratio de personal médico y sanitario por habitante en España indican una sobrecarga de población atendida, y que, además, las retribuciones que se perciben en la sanidad pública están muy por debajo de la media de los países de la OCDE¹⁴.

Cuestión diferente ofrece otra de las grandes partidas de gasto sanitario, cual es el gasto farmacéutico, sobre el que la inhibición del uso tiene efectos también muy limitados (se entiende, a igual estado de salud), que, contabilizando tanto el gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria como el gasto ocasionado en los hospitales alcanza el 28 por ciento del gasto total¹⁵.

Así, uno de los factores fundamentales de contención del gasto sanitario está en el gasto farmacéutico (en el que ya existe, como hemos dicho, el copago para pacientes menores de 65 años); un gasto que, sin embargo, la actitud del usuario es totalmente irrelevante, como pone de manifiesto, indirectamente, un estudio reciente de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) según el cual “el gasto farmacéutico per capita extra hospitalario tiene una gran variabilidad (media 268,73 €, máximo 313,40, mínimo 197,05 €).

¹² GONZÁLEZ MÉDEL, Javier: *La situación de la Atención Primaria de la salud en España*, Observatorio de Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo, octubre de 2010 [documento electrónico en www.1mayo.ccoo.es].

¹³ URBANOS, Rosa op.cit.

¹⁴ GONZÁLEZ MÉDEL, Javier op. cit.

¹⁵ URBANOS, Rosa op. cit.

La diferencia entre la CCAA con mayor gasto (Canarias) y la de menor (Baleares) es del 63 por ciento. Una parte de estas diferencias tienen que ver con el envejecimiento de la población (una población mas envejecida supone una mayor necesidad de utilización de fármacos), pero también con otras cuestiones como la implantación de genéricos ya que existe una significativa correlación negativa entre gasto per capita y porcentaje de genéricos utilizados”¹⁶.

Sin embargo, el envejecimiento de la población no es el principal problema

Se ha intentado vincular aumento del gasto sanitario con envejecimiento, cuanto todos los estudios (CMAJ, New England, JAMA,...) coinciden en que el aumento de la población con más edad es una causa menor del crecimiento del gasto, siendo responsable entre un 5-20 por ciento del incremento del gasto según los estudios, es decir entre un 95-80 por ciento del crecimiento tiene otras causas, especialmente la sobreutilización tecnológica.

En España, un estudio de Álvarez Corbacho ha identificado que, en Galicia, solo el 15 por ciento del aumento del gasto farmacéutico estaba relacionado con el incremento de la población de más de 65 años.

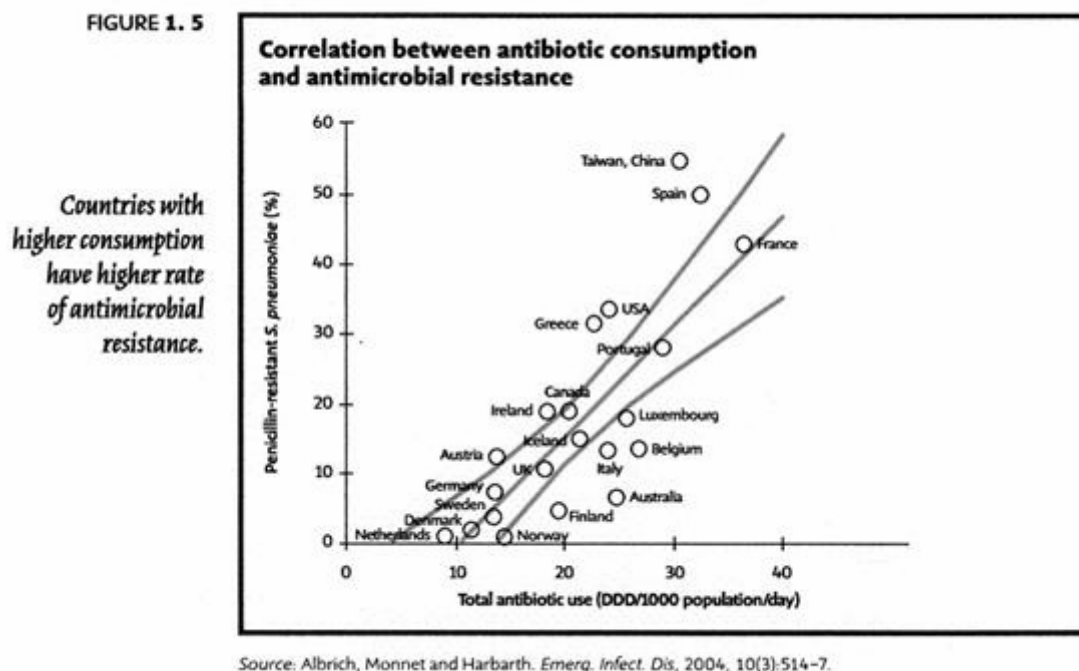
Inversamente, existen otros aspectos relacionados con el gasto sanitario que deberían controlarse:

Irracionalidad en la utilización de medicamentos

Los medicamentos no solo suponen una gran parte del gasto, sino que existe con frecuencia una utilización inapropiada que produce otros efectos en el conjunto del sistema sanitario. Así sucede por ejemplo con la elevada tasa de utilización de antibióticos (Figura 4), que además se relaciona con una mayor tasa de resistencias bacterianas, lo que lleva aparejado un uso cada vez mayor de antibióticos más complejos y más caros, de mayores estancias, de mayor morbilidad y mortalidad (más estancias hospitalarias, etc).

¹⁶ FADSP: *Gasto farmacéutico 2008. Una evolución preocupante* [documento electrónico en www.fadsp.org].

Figura 4. Correlación entre consumo de antibióticos y resistencias



Sobreutilización tecnológica

Existen muchas evidencias de que el principal problema de los incrementos de costes sanitarios está en una utilización excesiva y poco fundamentada de la tecnología. Se ha señalado que en torno a un 30% de la utilización está justificada, otro 30% es dudosa su utilidad y en otro 30% es innecesaria, y a veces esta contraindicada. Sobre aspectos concretos que influyen en la sobreutilización hay diversos estudios (ver Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica). En muchos de ellos subyace como causa la fascinación de los clínicos por la alta tecnología y su persecución tiránica del diagnóstico.

Como ejemplos señalar que en un reciente metanálisis de ámbito internacional las colonoscopías eran necesarias en un 20% de los casos, apropiadas en el 26%, innecesarias en el 27% e inapropiadas en otros 27% (International Journal for Quality Health Care). En otro estudio en España en las intervenciones de cataratas no se correlacionaba la priorización con las necesidades de cirugía (International Journal for Quality Health Care), e incluso la apertura de nuevos servicios de cirugía cardíaca suponían mayores tasas de revascularización cardíaca (JAMA).

Adquisición y difusión masiva e irracional de recursos tecnológicos

Muchos PET, Resonancias Magnéticas, TAC, etc carecen de control público que garantice que su adquisición y difusión por los centros públicos se basa en criterios de necesidad y racionalidad. En estas compras tiene un papel muy relevante la presión de la industria o del interés de los responsables de los centros (España está a la cabeza de la UE-15 en los índices de recursos tecnológicos por habitante).

El 30 por ciento del gasto sanitario total que se genera en España procede de un uso inapropiado de las tecnologías médicas, lo que además de representar un coste evitable expone al paciente a riesgos innecesarios (OMS 2010). Algunos estudios refieren que más de la mitad de las peticiones de pruebas radiológicas en Atención Primaria son innecesarias y que más del 80 por ciento del total obtiene resultados negativos, mientras que un estudio realizado por la Agencia de Evaluación del País Vasco cifraban la mala prescripción de los mismos en torno al 40 por ciento.

En España se ha constatado una gran variabilidad en la práctica clínica que se refleja en los Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en el SNS. En este Atlas por ejemplo se describen las diferencias en la utilización de la cirugía en el tratamiento de 9 tipos de cáncer: mama, vejiga, colon, próstata, útero, laringe, pulmón, estómago y esófago, entre los años 2005 y 2007.

La variabilidad encontrada es diferente en los distintos cánceres estudiados, siendo máxima en la cirugía de próstata y pulmón, intermedia en las de esófago, estómago, vejiga y laringe, y mínima en el caso de cáncer de mama, colon y útero.

Es precisamente donde más variabilidad existe, donde parece que las diferencias no se deben a la epidemiología del cáncer, sino al hecho de vivir en una determinada zona geográfica, o al hecho de vivir en áreas sanitarias con determinado nivel socioeconómico. La disponibilidad de recursos hospitalarios no pareció tener influencia en el número de intervenciones quirúrgicas.

Los patrones de variabilidad sugieren que las diferencias encontradas se relacionarían con los siguientes factores:

- 1/ grado de acuerdo científico sobre la eficacia del cribado y de la cirugía
- 2/ grado de utilización de programas de cribado poblacionales u oportunistas,
- 3/ la diferencia de criterio profesional en relación con la resecabilidad del tumor

4/ las dificultades de acceso a un diagnóstico temprano por razón de las diferencias socioeconómicas. En cada tipo de tumor, el patrón de variabilidad fue específico en cuanto a la combinación de estos factores.

Ruptura de las economías de escala

La descentralización del SNS, primero en CCAA, luego en gerencias de AP y hospitalarias y posteriormente la aparición de multitud de centros con personalidad jurídica diferenciada ha producido la pérdida de capacidad del conjunto del SNS para negociar costes más ajustados con los proveedores, perdiendo las ventajas de economía de escala que tiene el SNS al ser el principal comprador de suministros y tecnologías sanitarias en nuestro país.

Aunque el Consejo Interterritorial del SNS acordó, hace ya un año, la puesta en marcha de una agencia de compras para el conjunto del SNS, la realidad es que todavía no funciona y el único movimiento en este sentido ha sido recientemente la compra conjunta de vacunas por ocho CCAA que ha supuesto un ahorro de mas de 100 millones de €. Sin embargo, y contrariamente a estos cuerdos en algunas CCAA como Galicia las centrales de compras autonómicas se han privatizado con un sobre coste de 98 millones de euros.

Desintegración de la atención sanitaria

Hay una gran desconexión entre primaria y especializada, uno de los grandes retos no conseguidos por el SNS, desconexión que se ha agravado en alguna comunidad autónoma como la de Madrid con la puesta en marcha de la llamada “área única”. Esta desconexión es mayor con la ruptura de la integración del sistema sanitario, la aparición de múltiples empresas que prestan atención sanitaria, más aún si se trata de empresas privadas. A nivel macro, la desconexión del conjunto del SNS esta ejemplificada en la ausencia del Plan Integrado de Salud ¡25 años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad¡.

Medicalización

Se habla de medicalización para referirse a la conversión en problemas patológicos de situaciones o problemas que no lo son. También a tratar de resolver, mediante la medicina, problemas cuya solución no es médica. La medicalización esta ligada a la progresiva transformación de la medicina en un “bien de consumo”. No hay una estimación de lo que puede suponer para el SNS este tipo de actitudes, pero desde luego es creciente y supone una presión sobre los profesionales y un incremento de la demanda de pruebas diagnosticas y medidas terapéuticas no justificadas. Como es obvio esta potenciada por muchos intereses económicos.

Medicina defensiva

Se conoce como medicina defensiva a la realización de pruebas diagnósticas y/o medidas terapéuticas con la única finalidad de utilizarlas, en caso de demanda judicial. En USA es una práctica muy habitual y se considera que produce entre un 15 y un 20% del gasto sanitario. En España no está cuantificada y probablemente su impacto es mucho menor porque el sistema está menos judicializado, aunque hay un crecimiento de las reclamaciones judiciales.

Se ha señalado que el miedo a una demanda condiciona el trabajo de casi el 70% de los facultativos (lo que les induce a solicitar más pruebas de las necesarias). Este miedo es paradójico: los médicos corren el riesgo de tener una media de entre cinco y seis reclamaciones durante su vida laboral, las mismas probabilidades que tiene de sufrir un accidente de coche (Rev Esp Econ Salud 2003).

Politización de la gestión

El sistema está sometido a una fuerte politización que hace que los cargos de gestión y directivos sean de libre designación y decididos básicamente por afinidad política y/o personal. Se produce por lo tanto con frecuencia el acceso a cargos de gestión de personas sin o con baja cualificación.

Este proceso favorece la búsqueda del apoyo político y no del buen funcionamiento de los centros y potencia el gerencialismo y la falta de participación profesional. Hay además una tendencia a imponer este sistema de nombramientos por afinidad a toda la cadena (en enfermería es prácticamente la norma y cada vez más frecuente en los cargos médicos). El resultado de este proceso es la desconfianza, la desmotivación y la falta de colaboración de un sector mayoritario de los profesionales

Marginación de la APS

Aunque el SNS está supuestamente basado en la Atención Primaria de Salud, la realidad es que su situación deja mucho que desear.

La escasez de personal de los centros de salud con alrededor del 40-50 por ciento de los cupos masificados (más de 1.500 personas por médico), con unos ratios de médicos y enfermeras un 20 por ciento y un 43 por ciento inferiores a la media europea¹⁷; las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas a los médicos de los centros de salud que permitirían completar los procesos diagnósticos y terapéuticos, sin necesidad de derivar innecesariamente a pacientes al nivel especializado mucho más costoso (el coste medio de la consulta en AP es de

¹⁷ Fuente: Index Enferm v.16 n.56 Granada primavera 2007

unos 35 € frente a los 50 de las consultas externas hospitalarias¹⁸; el “secuestro de pacientes” por determinados servicios especializados que podrían perfectamente ser seguidos en los centros de AP; y la orientación de la misma a la curación en lugar de a la promoción y prevención de la salud, determinan sobre costes inaceptables para el sistema.

Desde el Ministerio de Sanidad se propugno la Estrategia de Atención Primaria AP21 con medidas destinadas a mejorar la calidad, la orientación y la capacidad resolutoria de la misma, pero la realidad es que ha habido pocos cambios a nivel general y que la AP sigue teniendo escasa consideración a nivel presupuestario (menos del 14 por ciento sobre el total).

Escasez de camas de corta-media estancia y de atención socio-sanitaria

El progresivo envejecimiento de la población determina un incremento notable de las enfermedades crónicas ya que el 25 por ciento de las personas mayores de 65 años padece más de una patología crónica que requiere tratamiento. Sin embargo las camas de crónicos son muy escasas en España con 0,1 por mil habitantes frente a 2,27 de las de agudos (Cuadro 8) y como consecuencia las hospitalizaciones de agudos rondaron los 4 millones y las de crónicos apenas superaron las 25.000 (en el año 2008).

Cuadro 8: Equipamiento según tipo hospital: agudos o crónicos

	Camas por 1000h.	Quirófanos 100.000 h.	Plazas hospital de día por 100.000 h.	Altas hospitalización por 1000. h.	Consultas por 1000 habitantes
Hospitales agudos	2,27	5,91	16,23	27,66	1.491,75
Hospitales crónicos	0,13	0,02	0,8	0,78	3,49

Fuente Estadísticas de establecimientos sanitarios en régimen de internado MSC 2000-2008

Esta desproporción entre recursos y necesidades y el que el coste de una cama hospitalaria de agudos sea 6 veces superior al de una cama de crónicos, supone un gasto irracional e innecesario: El 70% del gasto sanitario está asociado a enfermedades crónicas y más del 20% de los enfermos crónicos que acaban en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia.

Otra consecuencia de esta situación es que una parte importante de las camas de agudos que deberían estar destinadas a enfermos con patologías

¹⁸ Fuente: Osakidetza y comparaciones internacionales

complejas que requieren recursos diagnósticos y terapéuticos avanzados y costosos, son ocupadas por personas con enfermedades ya diagnosticadas tributarias de recursos y cuidados menos sofisticados y costosos.

Infradatación de las enfermedades profesionales

Por último, es importante recordar que en nuestro país existe una importante infradatación de las enfermedades profesionales, así como del agravamiento que las condiciones de trabajo insalubres pueden ejercer sobre las enfermedades comunes, incluyendo su cronificación.

Esta situación supone una sobrecarga económica sobre el sistema de salud, ya que estas enfermedades deberían ser soportadas por las Mutuas: se estima que entre un 5 y un 10 por ciento de las bajas por contingencias comunes son de origen laboral y se ha estimado que hasta el 16 por ciento de las bajas por enfermedad y/o accidente “no laboral” en atención primaria tienen un probable origen laboral, aunque no se declaren en este sentido¹⁹.

¹⁹ CASTEJÓN, J.: El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidentes no laborales (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona,. 2002

ALGUNOS MODELOS DE COPAGO Y MECANISMOS DE MODULACIÓN

Lo señalado en el apartado anterior debería bastar para zanjar la cuestión acerca de la oportunidad y, por descontado, la necesidad, de establecer en nuestro país un sistema de participación en el gasto sanitario por parte de los usuarios para acceder a los distintos servicios y prestaciones necesarios para el mantenimiento de la salud y la evitación de la enfermedad y/o su agravamiento.

Sin embargo, y sobre todo para no caer en la tentación de percibir esta participación con el carácter únicamente simbólico que se le pretende atribuir, y haciéndonos eco de lo que la Organización Mundial de la Salud en Europa señalaba en 2003 (*Social determinants of Health: The Solid Facts. WHO Europe 2003*), subrayando que “Hay que abolir las barreras a la asistencia medica , cualquier tasa por pequeña que sea tiene un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente mas desfavorecidos”, recogeremos en este apartado un resumen de los distintos modelos de copago y mecanismos de modulación existentes en diferentes países.

Convendría tener presente, por tanto, cual es la capacidad de la población para asumir nuevos costes en la atención sanitaria.

En España²⁰ en abril de 2010 según el INE existían 8.644.000 pensionistas con un importe medio total de sus pensiones de 776,44 € (570,49 € en el caso de viudedad y 349,69 € en las de orfandad) y aunque la distribución de las cuantías de las mismas es amplia no llegan al 1 por ciento quienes tienen pensiones superiores a 1.900 €/mes. Además hay que tener en cuenta que más del 80 por ciento de pensionistas tiene una o varias enfermedades crónicas y que su consumo de fármacos es alto por prescripción médica y que la mayoría están sometidos a polimedicación.

Otro aspecto que debe de considerarse es que en ese mismo mes (INE, abril 2010) existían 4.612.700 de personas paradas, que 1.298.300 hogares tenían a todos sus miembros en paro, y que el 57 por ciento de personas en situación de empleo cobran menos de 1.000 € al mes.

De todo ello se deduce que la mayoría de la población, muy especialmente quienes mas utilizan los servicios sanitarios públicos, que son las personas mayores de 65 años, que suelen coincidir con quienes están percibiendo prestaciones por jubilación, tienen unos recursos muy limitados a lo que se ha sumado la población en desempleo que es previsible no se reduzca a corto plazo y también que vaya agotando su derecho a la prestación del desempleo con lo que su situación económica se deteriorara aún mas.

²⁰ SÁNCHEZ BAYLE, Marciano, op. cit.

Como ya hemos indicado, la justificación que se hace del copago (de ahí su carácter aparentemente simbólico) no es recaudatoria, sino “pedagógica”. En palabras de José Manuel Repullo Labrador²¹, “el reto, desde esta perspectiva, estribaría en diseñar sistemas de participación en el coste de los servicios, que fueran inteligentes y selectivos, de forma que al reducir este mal uso de los servicios mejorara la eficiencia global del sistema y permitiera ahorrar recursos despilfarrados y derivarlos hacia las necesidades sanitarias y sociales prioritarias”.

Según Repullo, “un aspecto diferencial entre las dos estrategias tiene que ver con el tipo de servicios más o menos sensibles al copago. Si el ánimo es más recaudatorio, se busca recargos en servicios poco sensibles al cambio de precios (baja elasticidad de la demanda), para que no se reduzca el uso y con ello la recaudación; pero si el propósito es la reducción del abuso, es precisamente la reactividad de la demanda a la barrera de precios lo que se buscaría para anular el uso inapropiado.

Y, finalmente, en el propósito psico sociológico se busca con la señal de los precios (indicativos o reales) mejorar la conciencia de costes de los pacientes, señalarles el esfuerzo que la sociedad realiza en su asistencia (reconciliación individuo-sistema) e inducir una conciencia ‘consumerista’ más activa y exigente del paciente (como cliente). Este argumento, aunque se cita mucho en los debates, rara vez es analizado en detalle; sin embargo, muchas ideas previas formuladas como leyes generales (‘se valora sólo lo que se paga’) no parecen confirmarse por la nueva evidencia de la economía del comportamiento, y también algunos axiomas (la conciencia del coste reconcilia al usuario con el sistema) encuentran corolarios inquietantes (conductas de resarcimiento, tomar el precio como indicador de la calidad y monetarizar abusivamente las relaciones y transacciones)”.

Siguiendo a este mismo autor, hay tres sistemas básicos de costes compartidos en materia de salud:

Los deducibles, que establecen un nivel de gasto inicial del paciente a partir del cual empieza a actuar la cobertura aseguradora; la conducta que provoca es de contención inicial de la utilización, inhibiendo el uso en problemas menos graves e hipocondrías, pero también estadios iniciales de enfermedades, y visitas periódicas preventivas.

Los copagos, que cargan una cantidad por ítem de servicio utilizado (no por su coste); busca una conducta de moderación en el volumen de servicios demandados o utilizados, considerando tácitamente que el coste de los servicios prescritos o indicados cae más bajo la responsabilidad de quien los

²¹ REPULLO LABRADOR, José Manuel: *Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo*, s.d. [documento electrónico en www.scribd.com].

provee (sistema sanitario y profesionales de la medicina) que de quien los consume (pacientes).

Los coseguros, que suponen pagar un porcentaje del coste de los servicios utilizados, y por ello están más influidos por la preocupación del gasto del asegurador; en este modelo, según se consumen más servicios, más caros, o ambos, la carga financiera que recae en el paciente se vuelve mucho más gravosa.

Además, existen unos mecanismos de modulación que acompañan a los costes compartidos, tanto para conseguir efectos más específicos en la eficiencia, como para la protección de efectos adversos sobre la equidad.

Así, nos encontramos con los sistemas de reembolso o reintegro de gastos, relativos a pagos que adelanta el propio paciente y solicita su devolución; por ejemplo, en Francia el paciente paga el 100 por cien de la consulta médica, y luego pide a la Seguridad Social el reintegro del 70 por ciento: el 30 por ciento que asume el paciente es el coseguro o «ticket moderador»; pero el hecho de que tenga que adelantar su dinero, supone también una carga financiera y una monetarización de la transacción que busca inhibir la demanda.

Los copagos selectivos, de baja intensidad y evitables son los sistemas de modulación más habituales para condicionar el comportamiento de los pacientes.

Forman parte de este sistema de modulación los copagos de muy baja cuantía o de carácter “simbólico”, los copagos evitables, adscritos a servicios no esenciales, o el gravamen de algunos servicios cuando existe una cierta capacidad de sustitución mutua (especialista/generalista, por ejemplo)

Las exenciones son los mecanismos moduladores básicos para preservar la equidad al instaurar la participación en el coste de los pacientes; pueden ser de muchos tipos: edad (niños, jóvenes y ancianos), condición biológica (embarazo), condición funcional (discapacidad), patologías con externalidades sociales (infecciosas, vacunaciones, enfermedad psiquiátrica grave), riesgo que originó el daño (gratuidad en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) patologías crónicas (vía medicamentos específicos para estas enfermedades), grupos de enfermos (dentro de un colectivo censado –por ejemplo, afectados por el síndrome tóxico, población institucionalizada, etc.–), condición socioeconómica (pobreza, etnia, exclusión, etc.). La lista puede ser muy amplia, como en el caso portugués con más de veinte tipos de exención (incluidos algunos tan sorprendentes como los donantes de sangre y los bomberos).

Finalmente, un mecanismo modulador protector de rentas de carácter general es el desembolso directo máximo, límite (anual) superior de costes compartidos a partir del cual es el asegurador el que asume todos los gastos, protegiendo las rentas de quienes tienen la mala fortuna de tener enfermedades

económicamente catastróficas. Por ejemplo, en Alemania hay un límite para costes compartidos del 2 por ciento de la renta disponible anual.

De hecho, en el entorno europeo hay diversos mecanismos de copago²²:

Alemania: un bono de 10 euros

Dentro del sistema estatal existen varias formas de copago. Para la compra de medicamentos, la aportación de los pacientes es del 10 por ciento del precio, con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10. Ese copago debe ser desembolsado por todos, incluidos los pensionistas. En el caso de hospitalización, el paciente debe abonar 10 euros por día, aunque con un límite máximo de 28 días laborables por año. Además, para ser atendidos por un médico de cabecera, dentista o cualquier otro especialista en su consulta, los pacientes del sistema público deben realizar un pago único trimestral de 10 euros, sin importar las veces que acudan al doctor en ese período. La visita al pediatra no se cobra.

Francia: seguro privado

Está totalmente generalizada la contratación privada de una «complementaria» (seguro complementario) que pague las medicinas o gastos hospitalarios no cubiertos por la seguridad social. Hay muchas medicinas, operaciones u hospitalizaciones no cubiertas. Los asegurados tienen entonces dos alternativas: pagar de su bolsillo o tener contratadas las prestaciones de una mutua o seguro complementarios.

En términos prácticos, cada asegurado, tiene dos tarjetas: la de la seguridad social, y la complementaria. A la hora de pagar las medicinas o la operación médica, las farmacias u hospitales aceptan todas las tarjetas de las «complementarias». Si el asegurado no tiene contratado ningún seguro complementario debe abonarlo de su bolsillo.

Suecia y Noruega: 15 euros por consulta

El sistema de asistencia médico sanitaria en Suecia es de financiación pública y está fuertemente descentralizado. Los ciudadanos pueden elegir el médico o centro sanitario que deseen, pero pagan una cantidad por servicio. Cada paciente paga entre 150 y 200 coronas suecas (15-20 euros) por visita al médico, sea generalista o especialista. Para limitar los gastos de los pacientes y enfermos crónicos hay una protección contra costes elevados que implica que una vez superados los 85 euros de gasto, todas las visitas al médico u hospital, serán gratuitas. Existe el mismo sistema con un nivel de 180 euros

²² J. P. Quiñonero, C. Villar Mir, V. Suvalski, B. Castiella, B. Rodrigo y N. Ramírez de Castro, en <http://www.abc.es/20100530/sociedad-sanidad/media-europa-copago-sanitario-20100530.html> Descarga on line 5 de julio de 2011

para los medicamentos recetados. Todas las operaciones son gratuitas y los pacientes ingresados pagan unos 7 euros diarios.

En Noruega, el sistema es casi idéntico al sueco. Las visitas al médico cuestan unos 20 euros. También es libre la elección del médico o especialista. Los sin recursos y desempleados no pagan y los jubilados tienen subsidios.

Reino Unido: similar al español

En el Reino Unido no existe copago sanitario, salvo en el caso de determinados medicamentos, como sucede en España. Las visitas al médico o a los servicios de urgencias son gratuitas, así como la atención en el hospital. En cuanto a las medicinas, las más comunes se recetan gratuitamente y en otras el precio es compartido por el paciente. Mayores de 60 años, embarazadas y enfermos crónicos tienen todos los medicamentos gratis con receta. El Gobierno aún no ha barajado la posibilidad del copago en sus planes para la reducción del déficit público, ni esa medida fue incluida en ningún programa político en las recientes elecciones.

Irlanda: ingresos bajos, gratis

En Irlanda, la atención médica es gratuita para quienes tienen menos ingresos económicos, lo que les da derecho a la Tarjeta Médica, que cubre el 31,9 por ciento de la población. También es gratuita para embarazadas y niños hasta los seis meses. Las personas de más de 70 años que no tienen este último derecho, reciben una subvención anual de 400 euros como máximo para acudir al médico de cabecera.

El 68,1 por ciento de la población que no dispone de la Tarjeta Médica tiene que pagar 100 euros por acudir a urgencias si no son enviados por el médico de cabecera. La hospitalización cuesta 100 euros por día, hasta un máximo de 1.000 en doce meses. Diagnósticos, análisis y fisioterapia son gratuitos. En medicamentos, cada hogar paga un tope de 120 euros a lo largo de un mes, a partir de ahí son gratuitos.

Grecia: “sobrecito”

Todos los ciudadanos tienen acceso a una sanidad pública (IKA) o a otros organismos parecidos (“Tamío”), que viene a ser un tipo de caja de pensiones con cobertura sanitaria. Los pacientes sólo pagan de su bolsillo los «extras»: cambiar a una habitación individual. O una enfermera privada (en los hospitales públicos hay muy pocas por planta). Las ambulancias en caso de ingreso de urgencia son gratuitas, pero cualquier otro recorrido debe ser autorizado para ser abonado por el seguro.

El paciente que desea una segunda opinión y elegir médico debe pagar 50 euros por consulta. Lo que sí se paga, de forma informal, es el «sobrecito» para agilizar los trámites: saltarse la lista de espera, tener cama en pocos

días... Se ofrece a los médicos y restante personal sanitario directamente. Así los griegos se aseguran un trato personalizado. Las tarifas estipuladas en el “sobrecito” van desde 10 euros a una enfermera, entre 100 y 3.000 a un médico (en función de la gravedad) y unos 500 al anestesta.

El paciente del IKA paga el 25 por ciento del precio del medicamento, pensionistas y enfermos crónicos también.

Portugal: 2,20 euros por visita

La sanidad pública portuguesa funciona con el sistema de copago, denominado en el país vecino como tasa moderadora. La consulta básica en el ambulatorio cuesta 2,20 euros, 3 en los hospitales de distrito y 4,50 en los centrales. Por cada día de hospitalización hay que pagar 5,20 euros. La visita médica a domicilio cuesta 4,70 euros y todas las pruebas que se realizan en los hospitales tienen también una paga que debe ser abonada por los usuarios.

A partir de 65 años, los pacientes se pueden beneficiar de una reducción del 50 por ciento en las tasas mientras que existen casos de exención total del copago, como embarazadas, menores de doce años, desempleados, personas que reciben la pensión mínima o enfermos crónicos.

Italia: pago por especialista

Las consultas al médico de Familia cuestan 10 euros. Las visitas a un especialista pueden costar de 15 a 20 euros. Además, se penaliza el abuso de las Urgencias. Si el médico considera que el problema no necesitaba acudir a urgencias cobra al paciente 25 euros.

Austria: cinco euros por receta

Cada Estado federado austríaco tiene un convenio propio con la seguridad social, por lo que no es igual lo que debe abonar un vienés que un tirolés. El copago varía entre 8 y 17 euros diarios, con un máximo de 28 días laborables de hospitalización al año. Todos los asegurados deben pagar 5 euros por cada receta para medicinas, con límites y exenciones para pensionistas, enfermos crónicos, niños y personas de bajos recursos. Los asegurados por las cajas de autónomos y funcionarios tienen que abonar un 20 por ciento del coste de la consulta médica. A cambio, los servicios recibidos suelen ser mejores que los de la caja de los empleados del sector privado.

Bélgica: por adelantado

La sanidad en Bélgica se gestiona con el copago. Los ciudadanos tienen libertad para elegir médico y están obligados a pagar la consulta en función de unas tarifas libres que fijan los facultativos. Posteriormente el sistema de seguridad social, que se gestiona a través de mutualidades, reembolsa a los ciudadanos un porcentaje de la factura, que suele rondar el 80%. Este sistema se aplica también al dentista. En el caso de los niños el reembolso llega

prácticamente al 100 por cien e incluye la ortodoncia. En los adultos están excluidos del copago los implantes.

El Estado sólo cubre parte de los gastos de hospitalización, por lo que lo habitual es tener un seguro complementario. Las urgencias están cubiertas y no hay que adelantar dinero. Los medicamentos corren por cuenta del enfermo, salvo los antibióticos.

Ahora bien, pese a la apariencia técnicamente impecable de estos mecanismos moduladores y su también aparente sensibilidad social, convendría tener en consideración tres cuestiones.

La primera de ellas, que “los estudios que se han realizado sobre los efectos del copago son todos coincidentes y concluyen en que la eficacia en la contención del gasto sanitario es mínima o irrelevante, las cuotas de participación son un impedimento de importancia en el acceso a los servicios para las personas pobres y las ancianas que viven con bajos ingresos, que retrasan o impiden el uso de servicios sanitarios necesarios y que no se ha demostrado su capacidad para contener la demanda que, incluso, en algún caso se ha incrementado (Department of National Health Welfare , Canada 1991; National Health Strategy Unit, Australia 1991; Escola de Saude Publica, Portugal 1990)”²³.

“Por otro lado el copago puede tener costes indirectos no considerados inicialmente. En un reciente estudio (New England 2010) el efecto de aumentar el copago fue una disminución del número de consultas, pero a la vez un aumento de los ingresos con un resultado final de un aumento de los costes en 24.000 \$/año por 100 personas, de lo que parece deducirse que lo que se produjeron es menos visitas necesarias con un empeoramiento de las enfermedades que acabaron produciendo ingresos que podrían haberse evitado. Conviene no olvidar que España es uno de los países de la UE con menor numero de estancias hospitalarias por habitante y año (10,72 frente a 15,92 de la UE-15) lo que también puede ser una causa (o un efecto) de la mayor frecuentación en las consultas”²⁴.

A ello hay que añadir una segunda cuestión, entendemos que en absoluto desdeñable, cual es que el rendimiento real de los copagos en términos económico financieros es muy bajo, si se cuenta con el coste de la recaudación, el de la protección a rentas bajas (exenciones) y el de la protección a grandes usuarios (techos anuales de aportación). Las cifras que finalmente se obtienen son fácilmente alcanzables con simples mejoras tributarias o incluso de lucha contra el fraude²⁵.

²³ SÁNCHEZ BAYLE, Marciano, op. cit.

²⁴ Idem.

²⁵ REPULLO LABRADOR, José Manuel, op. cit.

Por último, la tercera cuestión alude al hecho de que “la demanda de atención sanitaria es, en gran parte, una demanda inducida por el médico. El usuario de servicios sanitarios no es un cliente o comprador típico –informado– que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico –quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que el propio paciente– el que decide su demanda de servicios”²⁶.

²⁶ RODRIGUEZ, Marisol: *Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad* [documento electrónico en www.fundaciocampanals.com].

EL IMPACTO DEL COPAGO EN TÉRMINOS DE EQUIDAD

Con todo, el debate de fondo que se debería tener y que hay que sacar a la luz es si el copago aumenta o disminuye la equidad del sistema sanitario español, si incrementa o disminuye las desigualdades ya existentes en salud²⁷, si incorpora un factor de fractura e injusticia social, tanto más si se tiene en cuenta que un factor determinante en la existencia de esas desigualdades en salud es la pobreza, y que ésta está vinculada, junto a nuevas formas de exclusión social, por la precariedad laboral y las dificultades de acceso al mercado de trabajo²⁸, situación en la que, lamentablemente, nos encontramos.

Como también es lamentable que la ausencia de evidencia empírica acerca de los efectos reales del copago, tanto desde el punto de vista de la eficacia y la eficiencia económica como, lo que es más importante, sobre el estado de salud de la población, lleven a afirmaciones que tiene más carácter especulativo que rigor científico.

No obstante, y a falta de tales evidencias empíricas, sí contamos con evidencias parciales que nos pueden permitir una aproximación al funcionamiento real del copago, tanto desde el punto de vista de la eficacia y la eficiencia como desde el punto de vista de la equidad.

En el primero de los sentidos, esto es, la eficacia y la eficiencia en el gasto, ya hemos visto como el gasto farmacéutico en recetas, para el que el copago ya es una realidad excepto para las personas mayores de 65 años (independientemente de su nivel de ingresos), no hace sino incrementarse, debido, fundamentalmente, a que se trata de un gasto inducido por el personal médico y ante cuya decisión, la capacidad de quien utiliza el producto para elegir entre distintas alternativas es muy escasa.

En el segundo de los sentidos, también cabe inferir la relación entre uso, abuso y copago de necesidades sanitarias de prácticamente nula cobertura pública como es el caso, en España, de la salud buco dental.

Los datos²⁹ al respecto revelan que la distribución de las visitas dentales por grupos de renta en España, muestra que hay un gradiente claro entre los

²⁷ Véase, con respecto a las desigualdades en salud, RODRIGUEZ, Manuel: *Desigualdades en salud* Observatorio de Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo. [documento electrónico en www.1mayo.ccoo.es].

²⁸ Véase BENACH, Joan y AMABLE, Marcelo: Las clases sociales y la pobreza. Cátedra de Análisis de Políticas Sanitarias UAH. [documento electrónico en http://www2.uah.es/catedra_aps/inicio.htm].

²⁹ STOYANOVA, Alexandrina en Tesis Doctoral, citada por RODRIGUEZ, Marisol, op. cit.

quintiles de renta. Casi la mitad de las personas situadas en el 20 por ciento más rico de la población había utilizado al menos una vez el dentista en el último año, mientras que ese porcentaje no llegaba al veinte por ciento entre las personas situadas en el quintil más bajo de renta. Ello a pesar de que la mayoría de indicadores señalaban palmariamente que los pobres gozan de peor salud dental, porque tienen más caries, les faltan más dientes, etc. Esta combinación de más necesidad pero menos tratamiento indica claramente que el acceso a los servicios dentales en España es inequitativo.

Cuadro nº 9: Porcentaje de población que ha hecho al menos una visita al dentista en el último año en España, por niveles de renta

Quintil de renta	%
20% más pobre	18,9
20-40%	25,4
40-60%	28,8
60-80%	34,6
20% más rico	45,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997.

Otra fuente indirecta³⁰ de información acerca del efecto del copago sanitario nos la proporciona el Health Insurance Experiment, financiado por la Corporación Rand

El diseño del experimento incluía 2.756 familias asignadas aleatoriamente a uno de entre cinco planes de seguro médico. Entre dichos planes, había uno que no contemplaba ninguna tasa de copago por parte del usuario, es decir, el equivalente a un sistema universal público de salud, otro en el que el copago sólo afectaba a la asistencia extrahospitalaria pero no a la hospitalaria y otro en el que la tasa de participación del usuario se situaba en el 95% de los gastos. Para todos los planes había un techo, bien de 1.000 dólares por familia al año, o bien el 5,10 o 15 por ciento de la renta, lo que fuese menor.

³⁰ Resumimos lo expuesto por RODRIGUEZ, Marisol, op. cit.

Cuadro n° 10: Principales resultados de la RAND

Porcentaje de Copago	Visitas	Gasto en visitas extrahosp. (\$ 1984)	Admisiones por 1.000 habitantes	Gasto hospitalario (\$ 1984)	Probab. de recibir cualquier atención médica	Probab. de hospitaliz.	Gastos totales ajustados
0%	4.55	340	128	409	86.8	10.3	750
25%	3.33	260	105	373	78.8	8.4	617
50%	3.03	224	92	450	77.2	7.2	573
95%	2.73	203	99	315	67.7	7.9	540

La pretensión era demostrar que la demanda de servicios es bastante elástica con respecto al precio. Si además la salud de la población no se veía afectada por el tipo de plan al que estaban asignados, la conclusión que se podía sacar era que se puede limitar la utilización y el gasto en salud sin disminuir gravemente el nivel de salud de la población. Para ello, sólo es necesario introducir copagos que desestimulen la demanda “superflua” de servicios.

Las conclusiones básicas muestran lo siguiente:

- La reducción en el consumo es progresiva a medida que aumenta el porcentaje de participación a cargo del usuario, con una ligera excepción en el caso de la probabilidad de hospitalización.
- Los que muestran las elasticidades más altas son los servicios dentales y las pruebas y visitas de tipo preventivo. Los servicios de agudos son de demanda más elástica que los de crónicos y el tipo de servicio con la elasticidad más baja es, naturalmente, las hospitalizaciones.
- La elasticidad de demanda demostró ser mayor en el caso de los pobres. Es lógico, ante un aumento del precio, su consumo se reduce más que el de los ricos. Fijando la probabilidad de recibir atención para condiciones en las que esta es altamente efectiva igual a 100 para los individuos del plan gratuito, los pobres asignados a planes con copagos ven reducida mucho más dicha probabilidad que los ricos asignados a esos mismos planes. Y hay que subrayar que el impacto negativo del copago es incluso mayor para los niños que para los adultos (Cuadro n° 11).

Cuadro n° 11: Probabilidad de recibir atención para condiciones en la es ésta es altamente efectiva. RAND

	Plan Gratuito	Planes con copagos
Niños		
Pobres	100	56
No pobres	100	85
Adultos		
Pobres	100	59
No pobres	100	71

En lo que se refiere a las experiencias de copago sanitario en el entorno europeo, y siempre según Marisol Rodríguez, la información sobre el impacto de los copagos en Europa es muy fragmentaria, tanto en calidad como en cantidad, en parte, porque solamente hay copagos para la asistencia médica en algunos de los países (aunque sí que los hay, en general, para los medicamentos) y, en parte, porque se han hecho pocos estudios sobre el tema, y los que se han hecho abordan sólo cuestiones parciales. Por otra parte, los trabajos que existen son de naturaleza observacional, lo que permite extraer unas conclusiones mucho menos robustas y completas que los estudios de diseño experimental.

Mas recientemente se ha señalado que el aumento del copago sobre medicamentos produciría una disminución del consumo de medicamentos esenciales, unido al incremento de la presencia de efectos adversos graves (6,8 /10.000 personas mes) y un aumento de las visitas a los departamentos de urgencias (14,2/10.000 personas mes)³¹.

También en la misma línea de señalar los efectos de los incrementos de copago en la utilización de otros servicios sanitarios, un estudio publicado en 2010 en el New England³² refiere como el incremento del copago en las consultas en los ancianos en las HMOs de EEUU en la consulta del medico general (7 \$) y en la de lose especialistas (9\$) tuvo como resultado una reducción de las mismas (un 20 por ciento menos), pero a la vez un aumento

³¹ Tamblyn YR et al.: Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA. 2001;285:421-429.

³² Triveldi A et al.: Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly. N Engl J Med 2010;362:320-8.

de los ingresos(un 11 por ciento) con el resultado paradójico de un aumento de los costes en 24.000 \$ /año por cada 100 personas incluidas. El efecto encontrado fue mayor en las personas con bajo nivel socioeconómico y con enfermedades crónicas.

Un último estudio realizado en Alemania tras la introducción de copagos en la consultas, encontró una disminución en el numero de consultas, así como un elevado porcentaje de personas que retrasaban o evitaban acudir a consultas. Esta disminución era mayor en las personas con menores ingresos (reducción del 50 por ciento en los que tenían ingresos inferiores a los 600 €/mes frente a 30 por ciento en los que eran superiores a 1.300 €), y en las que tenían enfermedades crónicas que en el análisis multivariante evitaron o retrasaron acudir a consulta 2,45 veces mas que los que no las padecían³³.

Los copagos introducidos en Portugal en 1990 no supusieron una disminución del gasto sanitario, mas bien al contrario. El gasto sanitario en Portugal era del 5,9 por ciento del PIB y se incremento hasta el 10,6 por ciento en 2011, después de introducir copagos sobre consultas, pruebas diagnósticas e ingreso hospitalario, en el mismo periodo España, que no introdujo copagos paso de un gasto sanitario del 6,5 por ciento al 9 por ciento del PIB. Por otro lado en Portugal (Eurostat 2011) el 6,4 por ciento de la población con ingresos menores a la mediana declara no haber recibido atención sanitaria que necesitaba por falta de dinero (el 0,4 por ciento en España).

En todo caso, y para finalizar, subrayaremos una vez más que cualquier pago en el momento del uso del sistema sanitario supone una barrera para un sector de la población (el más empobrecido, que suele tener, además, mayores necesidades sanitarias porque suele tener peor salud), y por lo tanto una quiebra en el carácter solidario que el sistema de salud debe tener.

³³ IM Ruckert et al.: Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socioeconomic and health related factors. BMC Health Services Research 2008, 8:232 doi:10.1186/1472-6963-8-232

CONCLUSIONES

- El gasto sanitario público español es bajo en comparación con los países de la OCDE y la UE, tanto en porcentaje del PIB como en \$ poder paritario de compra per capita, y su crecimiento es moderado.
- El gasto social es también menor que la media de la UE/OCDE.
- La presión fiscal es baja en relación con los países de nuestro nivel socio económico y se ha disminuido en los últimos años.
- No existen, por lo tanto, razones económicas que justifiquen el establecimiento de copagos.
- Es muy dudoso que haya globalmente una utilización excesiva de los servicios sanitarios en España, en todo caso la utilización elevada de consultas externas se corresponde con bajas tasas de hospitalización.
- Los ciudadanos saben lo que cuestan los servicios sanitarios, y que estos se pagan con sus impuestos. Si se desea es fácil ofrecer información sobre los costes sanitarios en paneles situados en la entrada de los centros.
- El establecimiento de sistemas de copagos nuevos conlleva costes de transacción elevados, que serán mas altos cuanto mas complejos sean los sistemas que se pretenda establecer. El coste podría incluso superar la recaudación.
- Todos los estudios realizados sobre los copagos evidencian un efecto importante y negativo sobre la equidad y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con menos ingresos y enfermedades crónicas.

- La crisis económica supone la existencia de un numero muy importante de personas que viven en un nivel de subsistencia y que no pueden afrontar mas gastos en la atención sanitaria; resulta por lo tanto incomprensible que se propugnen nuevos copagos en este momento.
- Existen estudios que señalan que la contención de la demanda acaba produciendo efectos indeseados sobre el sistema sanitario (más efectos adversos graves, más visitas a urgencias, más hospitalizaciones).
- Por todo ello el establecimiento de copagos seria injusto, insolidario, rompería la accesibilidad y equidad del SNS y tendría efectos muy negativos sobre la salud de la población.