

# COPAGO

## Tres falsas premisas sobre el COPAGO

***1.- Es necesario el copago por que el sistema es insostenible como consecuencia de la gratuidad en el momento del uso, del incremento de pensionistas que no pagan las recetas y el consumismo sanitario de la población.***

- Una de los argumentos básicos utilizados por las administraciones y los impulsores del copago es la situación de bancarrota del sistema sanitario público obviando que en gran parte es consecuencia del enorme endeudamiento en el que han incurrido por financiar y gestionar sus infraestructuras sanitarias recurriendo al sector privado (PFI), que ha multiplicado por siete el coste de los nuevos centros sanitarios y cuyos pagos anuales asfixian sus presupuestos asistenciales.
- Otro determinante de esta situación es el enorme el uso farmacéutico (28-30% del gasto sanitario total, frente al 17% de los países de la UE), y el excesivo uso de las tecnologías sanitarias (30% superior a la media europea), y la ausencia de rigor en la asignación de los recursos (tan solo el 30% se basan en criterios científicamente comprobados).
- Por último el hospitalocentrismo, la orientación curativa del sistema en detrimento de la promoción de salud y la medicalización de la vida , contribuyen también a que tengamos un gasto sanitario, cuanto menos mejorable.
- No hay que olvidar que una parte importante de la responsabilidad de que los ciudadanos hagan uso del sistema recae en los profesionales sanitarios que son responsables del 70% de las decisiones relacionadas con el uso de los recursos sanitarios.

***2.- El copago resolvería el problema del déficit sanitario***

- Poner en marcha un sistema de copagos en relación con la cuantía de las pensiones obligaría a cambiar las tarjetas sanitarias de 8 millones de pensionistas, lo que supondría importante gasto, sobre todo si se consideran variables como la renta, el

patrimonio personal, el nivel de enfermedad, el grado de discapacidad de los pacientes, etc.

- Existen otras medidas de control del gasto farmacéutico con mayor impacto como promover el uso racional de los medicamentos, la utilización de genéricos, la financiación por grupos terapéuticos equivalentes, etc. Si nuestro gasto farmacéutico *per cápita* fuera el del promedio de países de la OCDE se ahorrarían 5.000 millones € anuales.
- Excepto en los casos de Francia y Portugal la recaudación por copagos es poco importante con relación al gasto total.
- La reducción en el consumo de fármacos esenciales asociados a la introducción del copago tendría un elevado coste- oportunidad: Se ha comprobado un aumento del 78% en las visitas a urgencias relacionadas directamente con la reducción del consumo farmacéutico en la población con menores recursos económicos.
- Existe evidencia de que el copago contribuye a incrementar el gasto sanitario total, en lugar de reducirlo <sup>1</sup>. La reducción del consumo de fármacos esenciales elevan los costes totales del sistema ya que las personas con menor renta realizan un 78% más de visitas a urgencias como consecuencia de la reducción del consumo farmacéutico.

### ***3.- El copago permitiría controlar la demanda irracional y abusiva de servicios sanitarios***

- Los estudios realizados sobre el impacto del copago señalan que es incapaz de reducir la frecuentación innecesaria y que caso de ser significativo reduce tanto la

---

<sup>1</sup> El experimento, analizado en la revista Health Services Research, urgencias, el uso disminuyó un 7,9 con respecto a la población que podía ir gratis, pero las personas que iban a urgencias estaban más graves en general, por lo que el gasto por paciente aumentó también casi un 8%. Aún así, se consiguió una disminución del coste global por habitante del 2%. Algo similar sucedió en la atención primaria. Los pacientes con copago decidieron usarla un 7,7% menos, aunque el gasto por consulta subió un 6,6%. Consiguieron ahorrar un 1,5% por habitante. A pesar de estos ahorros en urgencias y atención primaria, la medida provocó un aumento del 27% en la probabilidad de ingreso en el hospital entre los pacientes con copago, y el gasto total por habitante en las personas ingresadas subió un 20%. También empezaron a llenarse las consultas externas en los hospitales, que subieron un 13,5% con aumento del coste total de casi el 20%. La conclusión es que, aunque el uso de servicios sanitarios disminuyó un 4,7% de forma global, el coste total por habitante subió un 9,5%

demanda necesaria como la innecesaria<sup>2</sup> produciendo un deterioro de la salud de la población.

- Los copagos tienen efecto sobre el consumo de las personas con pocos recursos y con mayores problemas de salud<sup>3</sup> que como consecuencia del cobro de los servicios abandonan o retrasan las demandas de atención sanitaria, incluso cuando son necesarias. Por ello es un factor de inequidad, tal y como señala el último *Informe sobre Salud en el Mundo (2010)* de la Organización Mundial de la Salud
- Los resultados del estudio de la Rand indican que los copagos además de regresivos pueden afectar negativamente el estado de salud de las personas de menor renta (Rice y Morrison, 1994).
- Existe evidencia de que los copagos farmacéuticos reducen la utilización de medicamentos esenciales<sup>4</sup> y de analgésicos, especialmente entre los jóvenes, las personas con peor estado de salud, y las de menor nivel educativo y renta.
- El establecimiento de mecanismos de copago relacionados con el nivel económico personal plantea además problemas de tipo operativo y administrativo como la determinación del nivel de renta para aquellas que rentas no proceden del trabajo; la inclusión de la riqueza como indicador de nivel socioeconómico; o la estigmatización de las personas con pocos recursos que deberán aportar documentos acreditativos del derecho a exenciones o copagos reducidos, lo que supondrá volver a la beneficencia y a la medicina de pobres y ricos.

---

2 Uno de los problemas importantes observados es que los copagos reducen no sólo los servicios inapropiados (menos efectivos) sino también los apropiados (más efectivos) (Lohr et al, 1986; Siu et al, 1986).

3 En España hay actualmente casi 5,4 millones de parados, la pensión media es de 870 € y un 57% de los trabajadores con empleo que perciben menos de 1.000 € al mes. En este contexto socioeconómico la instauración de copagos pueden tener unos efectos devastadores sobre el acceso a la atención sanitaria y sobre la salud de la población

4 Soumerai et al, 1987, 1991

- Los factores determinantes para acudir a consulta son la edad y la presencia de una enfermedad crónica, en ambos casos la influencia del copago es escasa o nula<sup>5</sup>.

**4.- Es injusto que los pensionistas no paguen los medicamentos, dado que muchos de ellos tienen unas pensiones muy superiores a la de una parte importante de los que no lo son**

- La financiación mediante impuestos directos (renta, patrimonio, etc.), garantiza la solidaridad y la cohesión social ya que los que más tienen contribuyen a financiar los servicios a los que tienen menos. Los impuestos indirectos que gravan el consumo no tienen en cuenta las condiciones económicas de quienes los pagan. Finalmente el copago es un impuesto muy regresivo porque penaliza a quienes tienen más necesidad de utilizar el sistema sanitario, es decir, los más enfermos
- Las pensiones son muy bajas en España. La media es de 767 €, el 8,51% de los pensionistas cobraba menos de 300€, el 54,02% menos de 650, el 74,32% menos de 1000 € y el 90,2% menos de 1.500.
- Los pensionistas tienen más necesidades de salud, por padecer en mayor proporción enfermedades crónicas y situaciones de dependencia. El 73 por ciento de los mayores de 60 años necesita tomar varios fármacos a diario

**El copago contribuirá a privatizar el sistema sanitario**

- Transformando las relaciones entre usuarios y proveedores en transacciones mercantiles por el pago directo de parte de las mismas.
- Eliminando el carácter universal y redistributivo del sistema sanitario ,
- Abriendo espacios a la sanidad privada

**La autentica finalidad del copago**

**1.- Contribuir activamente a la contrarreforma fiscal que pretende una transferencia de rentas de las bajas a las altas, invirtiendo así el carácter redistributivo de la misma.**

---

5 Revista Atención primaria (González, 2004)

- Bajar impuestos a los más ricos (eliminando los de sucesiones, patrimonio, sociedades o reduciendo los tramos del IRPF para acabar con su carácter progresivo)
- Incrementar la presión fiscal a los sectores con menor capacidad de influencia y respuesta política. El copago es impuesto que grava la enfermedad (tasa por asistencia sanitaria) que afectará especialmente a pensionistas, enfermos crónicos y discapacitados, que consumen tres veces más servicios sanitarios que la media de la población
- Reducir gasto social para desviarlo a sectores empresariales en forma de subvenciones, poniendo barreras económicas que limiten el acceso a la atención sanitaria de grupos sociales como los parados (25% de la población), los asalariados que cobran menos de 1.000 euros mensuales (10,8 millones de trabajadores que son el 57% del total) o los pensionistas (8.473.927 personas que cobran una media de 747 euros mensuales).

**2.- *Hacer de la salud un negocio para grupos empresariales privados, lo que exige:***

- El pago directo por servicios prestados
- Reducir la oferta sanitaria pública
- Potenciar las actividades curativas y el uso intensivo de las tecnología en detrimento de la promoción y prevención de salud, que son actividades de difícil comercialización..

**Copagos de medicamentos:**

El Gobierno de Cataluña ha adoptado de manera unilateral la decisión de iniciar el proceso de introducción del copago aplicando una tasa por la prestación farmacéutica a toso los usuarios de la sanidad pública. Esta medida, además de injusta, es ilegal dado que vulnera la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que establecen que el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del SNS, son los que tienen competencias para regular el catálogo de prestaciones farmacéuticas. Ninguna comunidad autónoma tiene capacidad legal para establecer condiciones de

acceso a las prestaciones farmacéuticas distintas a las que rigen en el conjunto del Estado.

### **Conclusiones finales**

**1.-El copago es injusto y regresivo.** La financiación mediante impuestos del Sistema Nacional de Salud contribuye a la cohesión social, mientras que el copago penaliza a quienes tienen más necesidad de utilizar el sistema sanitario.

**2.- El copago es inequitativo.** En nuestro país los niveles de renta son bastante bajos, especialmente para los pensionistas. Para estas personas, que viven en el límite de la subsistencia y tienen necesidad de recibir servicios sanitarios, la implantación de copagos puede ser una barrera insalvable para el acceso a las prestaciones asistenciales.

**3.- El copago es ineficaz.** Entre el 80% y el 90% de las consultas del sistema público están indicadas por los profesionales sanitarios o son actos administrativos (revisiones, controles, consultas para recibir resultados, derivaciones a los especialistas, bajas laborales, etc.). Todos los fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud tienen que ser prescritos por un médico, por lo que el copago sólo puede tener efectos recaudatorios y/p disuasorios para que algunos enfermos puedan adquirir los fármacos que le han prescrito si son de elevado coste, con los consiguientes efectos negativos para su salud.

**4.- El copago es ineficiente.** La recaudación de los copagos llevan asociados gastos administrativos que no han sido evaluados. Es probable que el resultado final sea negativo para el sistema sanitario salvo que se establezcan cantidades más importantes que afectaría de manera importante al acceso a los servicios.

**5.-Su legalidad es cuando menos dudosa:** La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece que son el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del SNS quienes tienen competencias para fijar el catálogo de prestaciones del mismo.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

***Abril de 2012***

# COPAGO

*La medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala*

**R. Virchow**

## **¿Qué son los copagos?**

Es la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos.

## **¿Cómo se relacionan los copagos y la salud?**

Las relaciones causales que se establecen entre copagos y salud son complejas e indirectas. El circuito más relevante sería el que conecta los copagos con las variaciones en los perfiles de utilización de recursos sanitarios, y estos en la salud (fig.1). Metodológicamente, es arduo estimar los efectos de los copagos sobre la salud, principalmente por la coexistencia de otros determinantes individuales y comunitarios por los que se ve alterada (tanto directamente como a través de efectos renta)

## **¿Qué perseguimos cuando articulamos un copago?**

Pretenden dos objetivos generales. Por una parte, reducir el abuso de consumo (**eficiencia microeconómica**), y así contener el crecimiento del gasto sanitario (**eficiencia macroeconómica**); por otra, **recaudar** (si bien este segundo no pertenece al sistema de salud sino al fiscal).

## **¿Pero...qué subyace a la idea de los copagos?**

La justificación para su implantación podemos encontrarla en los conceptos de *riesgo moral* y del *beneficio en la financiación pública*. El *riesgo moral* se refiere a cómo se incrementa la demanda de servicios sanitarios al disminuir o suprimir las barreras monetarias. Se trata de un mecanismo social y económico que se relaciona con aquellas situaciones en las que disminuimos la incertidumbre -y ganamos en seguridad- (en este caso en que el momento de enfermar, recibiremos asistencia pero podría ser, por ejemplo, conseguir una plaza titular de profesor en la Universidad) y a cambio, se nos exige una contraprestación (a través de impuestos, de un seguro privado o en el caso de nuestro profesor, desearíamos, unas oposiciones).

Es importante matizar que en el ámbito sanitario, este aumento en la utilización no discrimina entre atención sanitaria necesaria e innecesaria, como tampoco lo hace en función de si el seguro es público o privado.

El principio del *beneficio en la financiación pública* consiste en que quien paga (aunque sea sólo una parte del coste) es quien se beneficia del producto del servicio y no exclusivamente el pagador de impuestos; es decir, hay una desvinculación personal y temporal de lo desembolsado: cuando a través de mis impuestos contribuyo a la financiación de la sanidad, esa aportación no necesariamente recae en cuidados hacia mi persona, ni mucho menos, tiene por qué coincidir en el tiempo; implantando un copago, es en el momento de la atención cuando mi desembolso recae en mi asistencia.

### **¿Copago es 1€ por consulta o hay otras formas?**

Hay diversos modos: por proceso/acto, a través de incentivos positivos o copagos negativos, diferenciando la efectividad del servicio sobre el que se aplica, sobre la atención médica, hotelera o farmacéutica (probablemente con el que más familiarizados estemos). Es un tema extenso sobre el que ahora no profundizaremos, pero si estás interesado en el tema, Busca porque hay mucha gente que ya se ha preguntado sobre estas cosas antes que nosotros.

### **¿De qué depende alcanzar el objetivo de eficiencia?**

1. Probablemente el factor más importante sea **la sensibilidad de la demanda de los servicios sanitarios a las variaciones en el precio** (la elasticidad). Para que esto se entienda, pensemos en el pan. Este es un producto inelástico, si el pan subiera un 50%, es probable que cada uno de nosotros siguiésemos comprando el mismo número de barras/día. De igual modo que si se rebajase un 50% (sería poco probable que nos hiciésemos con hordas de pan). En general, los recursos sanitarios cuentan con una baja elasticidad, de modo que, las variaciones en el precio no producen fluctuaciones proporcionales en la demanda.

2. Una de las razones de tan estrecha elasticidad es la dificultad para encontrar sustitutos, las prestaciones sanitarias difícilmente son eliminables o reemplazables (por ejemplo, un producto con mayor elasticidad y con sustitutos lo encontraríamos en los reproductores de VHS, que de hecho, fueron sustituidos por los de DVD). Aunque es cierto, que de haber sustitutos esto no necesariamente debiera entenderse como una ventaja, puesto que globalmente podrían alterar aún más el equilibrio (por ejemplo, si sobre quienes requieren los cuidados estableciésemos un copago por asistencia extrahospitalaria, quizás la demanda se redirigiera hacia la hospitalaria, siendo esta para algunos abordajes menos eficiente).

3. Otro factor sería el hecho la demanda **es mayoritariamente inducida por el prescriptor**, y no por el paciente. Por lo que si se quisiese reducir el consumo de un determinado bien (por ejemplo fármacos, número de pruebas de imagen en urgencias...), sería más oportuno incidir sobre el prescriptor.

4. Por último, es necesario plantearse la intensidad de los cambios con **el paso del tiempo**, si es estable o bien los efectos disuasorios se diluyen tras un tiempo de adaptación a la nueva medida.

### **¿Qué efectos adversos pueden acarrear?**

1. La alteración de la **equidad en el acceso y la financiación**. La primera se relaciona con que para un mismo problema, se reciba la misma atención con independencia de la renta. La segunda, con que las contribuciones a la sanidad se hagan de modo progresivo al nivel de renta.



2. La dudosa **capacidad discriminativa entre servicios y tratamientos de demostrada efectividad**. Los pacientes no cuentan con la (in)formación para poder establecer estas diferencias y a la luz de la evidencia, en algunas ocasiones, ni siquiera los propios profesionales.

### ¿Qué evidencias tenemos en Europa?

La información y los resultados son muy heterogéneos (sólo están presentes en algunos países y con escasos estudios al respecto, mayoritariamente observacionales). Vamos a intentar rescatar algunas de las conclusiones:

a) Utilización: ¿se disminuye a través de los copagos?, ¿hay sustitución de unos servicios por otros? Los resultados no fueron concluyentes. En general parece que la posible reducción del consumo **tendría un impacto insignificante**.

En el caso de España, la conclusión fue que los posibles mecanismos de coparticipación privada en la financiación de la oferta de los Servicios de Urgencias y Emergencias no son recomendables por su escasa capacidad recaudadora o disuasoria, por lo que son necesarios cambios estratégicos fundamentales en la gestión de estos recursos.

b) Gasto: ¿contribuyen a contenerlo?, ¿son una fuente importante de recaudación para el sistema sanitario? La evidencia sugiere que **no tienen capacidad de contener el gasto, menos aun a largo plazo**. Principalmente, porque el gasto sanitario viene perfilado por la perspectiva de la oferta, y no de la demanda. Quizás se pueda reducir el gasto en una zona concreta durante un tiempo limitado pero el hecho de que el efecto disuasorio se desvanezca en el tiempo, el posible uso de sustitutos (en ocasiones de mayor coste) y la contratación de seguros complementarios para cubrir costes, llevan a que el gasto sanitario total a largo plazo sea impermeable a tales medidas.

En cuanto a la posibilidad de su uso como fuente de financiación, encontramos que los **costes por su administración** (por ejemplo, los costes burocráticos de su implantación como las modificaciones en las tarjetas sanitarias, formularios...) y **aplicación de exenciones** (que de otro modo, conducirían a una situación de inequidad dada la baja elasticidad antes comentada) **neutralizan el posible beneficio recaudatorio**.

c) Equidad: ¿afecta a la equidad de los servicios financiados?, ¿distorsionan la accesibilidad a los recursos de unos grupos más que otros?, ¿existen mecanismos para salvaguardar la equidad? A. Wagstaff y E. Van Doorslaer tras analizar de 13 países (incluida España) respondieron que los **copagos eran regresivos** (paga proporcionalmente más, quien menos tiene), aunque debe analizarse considerando el mapa fiscal de cada país (que puede engordar o adelgazar esta regresividad). Por otra parte, los copagos son reembolsados por quienes más consumen, esencialmente ancianos. En cuanto a la equidad en el acceso, se ven **más perjudicados aquellos grupos con menor renta**, que dejan de utilizar los servicios al encontrarse con los copagos. Por ejemplo, en una encuesta en Estocolmo sobre la búsqueda de atención primaria, un 50% de entre quienes se definieron como pobres afirmaron haber renunciado al menos alguna vez durante el año anterior a la búsqueda de asistencia. En este grupo fue más frecuente encontrar individuos de mayor vulnerabilidad como desempleados, estudiantes, madres solteras e inmigrantes; además, quienes renunciaron a recibir atención tenían peor estado de salud percibido, más enfermedades crónicas y mayor grado de discapacidad que aquellos que no renunciaron.

Por último, aunque apenas hay publicaciones sobre los mecanismos de salvaguardar la equidad, la impresión es que sí pudieran contribuir a ello.

Existen estudios sobre EE.UU. que no hemos incluido por cuestiones de extensión, pero queremos rescatar que a pesar de las diferencias entre los sistemas sanitarios, se observa una disminución en el seguimiento de tratamientos crónicos y un incremento de hospitalizaciones urgentes y visitas médicas (resultados coherentes con los obtenidos en Europa).

## **¿Bueno si al encender la TV sólo escucho hablar de copago, quizás es que sea la alternativa más sostenible?**

No. Existen otras opciones. Es una cuestión política, ya que se intenta dar respuesta colectivamente al desacuerdo y por tanto, existen diversas perspectivas desde las que proponer medidas.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública o algunos informes como el de ***La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria, proponen:***

- Luchar contra el fraude fiscal
- Dirigir la atención hacia los proveedores (menos del 2% del gastos sanitario público es imputable al paciente)
- Estructurar los copagos selectivos modulados por necesidad médica
- Potenciar el papel de los médicos de atención primaria como filtro sobre el uso inadecuado
- Modificar las políticas de cobertura de nuevos fármacos y la cartera de medicamentos o los precios de los productos que en ella se incluyen, en función de criterios objetivos de efectividad y eficiencia.
- Velar por una prescripción racional y responsable
- Establecer un catálogo de prestaciones y cartera de servicios sanitarios públicos, que permita eliminar aquellos inefectivos o con un coste-efectividad inaceptable.

González López-Valcárcel B. ¿Qué sabemos de los copagos en atención sanitaria a la salud? Evidencia y recomendaciones. En: Puig Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la asistencia sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.

“Hay alternativas a los recortes en sanidad: mejoras en la eficiencia y racionalidad”. En página oficial de la Federación de Asociaciones para la Sanidad Pública, [www.fadsp.org](http://www.fadsp.org). Fecha de consulta: 23 de abril de 2012. Fecha última actualización: 20 de abril de 2012.

Martín J.J. Sistemas de copago no farmacéutico. En: VVAA ¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitario? Actualidad. Centro de estudios andaluces, Consejería de la Presidencia; 2005 Jun., pág. 18-21.

López-Casasnovas G. Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.

Puig-Junoy J. La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.

Rodríguez M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. En: Puig-Junoy J (coord.) La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. Editado por semFYC, Barcelona, 2010.

Tur Prats A, Planes Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J (coord). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans) 2007, núm. 1.

**Alba Antequera Martín**

# Copago viejo, copago nuevo... ¿mejoraremos?

Hace 32 años que no se modificaba el copago en farmacia de receta en España. Con muchos años de retraso se hace ahora cuando lo recaudado por el mismo (porcentaje efectivo de copago) ya es inferior al 6% del coste total en farmacia de receta a PVP. Pero, al menos, hemos evitado hacer el ridículo total al modificarlo antes de que se redujera más dicho porcentaje. Como dice mi estimado Ángel Ruíz Téllez, las organizaciones sólo cambian cuando no les queda más remedio. Una entrada de urgencia en la que se proporciona alguna información para enjuiciar la medida, su oportunidad y sus previsibles consecuencias a partir de un despiece básico del todavía actual sistema de copago.

## ***¿QUÉ ES EL "PORCENTAJE EFECTIVO DE COPAGO"?***

Si consultamos los datos oficiales más recientes sobre la [prestación farmacéutica del SNS a través de receta en 2010](#), vemos como el importe total (PVP) ese año fue de 13.894,88 millones de euros. La parte sufragada directamente por el usuario fue de 790,90 millones, lo que significó un porcentaje de aportación sobre el total en PVP del 5,69%. Ese es el "porcentaje efectivo" de copago. ¿Cómo ha evolucionado ese porcentaje durante las últimas décadas? Veámoslo.

## ***EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE EFECTIVO DE COPAGO DESDE 1967 HASTA 2010***

La siguiente figura es una adaptación de la que presenta José Luis Perona en la página 210 de su libro "[Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica](#)". En ella se detectan los sucesivos incrementos del porcentaje de copago a activos producidos en 1978 (20%), 1979 (30%) y 1980 (40%). Estos incrementos fueron producto de los acuerdos de los **Pactos de la Moncloa en 1977** y sirvieron para aumentar meteóricamente el porcentaje efectivo de copago hasta rozar el 20% en 1980. Hasta entonces existía un copago del 10% que, desde la entrada en vigor de la Ley de Bases de la SS en 1967, no distinguía entre activos y pensionistas. Desde 1980, el porcentaje efectivo de copago no ha hecho otra cosa que disminuir ininterrumpidamente hasta situarse en 2010 algo por debajo del 6%. La causa básica, el mantenimiento de un sistema de copago que eximía del mismo a pensionistas, la mayoría mayores de 65 años, cuya responsabilidad en el consumo y coste total de farmacia ambulatoria no ha hecho otra cosa que aumentar hasta llegar prácticamente a 3/4 partes del total.

### ***¿TODOS LOS ACTIVOS HAN CONTRIBUIDO POR IGUAL?***

La pregunta tiene su miga. Es decir, esos casi 791 millones de euros procedentes en su mayor parte de los activos (pues los pensionistas de Muface y demás también copagan), ¿se reparten por igual entre todos los activos? ¿Existe concentración en esta contribución? La investigación más importante al respecto la ha realizado **Pere Ibern** y se puede consultar **en este documento** y en la referencia nº 2 del mismo. Se detecta que el 5% de la población acumula casi el 46% del "copago efectivo". Una intolerable inequidad, probablemente de las mayores de nuestra sanidad pública, de la que nadie habla y que no sabemos si la reforma presentada ayer conseguirá atenuar. El sistema de copago actual es inequitativo pues concentra la contribución en muy poca gente, casi todos enfermos crónicos activos cuya medicación les sale por un pico mensual. Corto y pego la tabla del artículo de Ibern que lo refleja.

### ***¿CÓMO HA SIDO HASTA HOY LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL COSTE DE LA PRESCRIPCIÓN AMBULATORIA?***

La participación del usuario (copago) está recogida en el apartado 3 del anexo V del RD 1030/2006 de Cartera de Servicios. La siguiente diapositiva lo muestra.

### ***¿PARA QUÉ HA SERVIDO -UTILIDAD SOCIAL- LA "APORTACIÓN REDUCIDA"?***

Es evidente que ante la inequidad que el sistema de copago producía contra los activos (y los pensionistas de Muface y similares) verdaderamente enfermos crónicos, las autoridades sanitarias de todo color político se apoyaron en la "Aportación reducida" para tratar de paliar dicho efecto. ¿Qué cómo se puede concluir esto? No hay mas que ir a los datos contenidos en un documento, curiosamente, no del Ministerio de Sanidad sino del Ministerio de Administraciones

Públicas, publicado en 2007 titulado "**Incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico**". En la página 62 del mismo se puede ver este elocuente gráfico. El número y la proporción de medicamentos de "aportación reducida" aumenta continuamente desde 1985 hasta 2006, de modo que el número de medicamentos aprobados en 2006 y catalogados como de "aportación reducida" fueron poco más de 500 mientras que los de "aportación normal" rondaron los 450. Lo normal ya no fue lo normal, sino que fue normal lo reducido. Gracias a esto, el descalabro económico que el actual sistema de copago producía sobre los activos enfermos crónicos no llegó a ser catastrófico, una auténtica barrera diseñada por nuestros responsables políticos para que la riada no se desbordara del todo por el lado de la inequidad más infame.

### ***¿Y CÓMO ES EL "PORCENTAJE EFECTIVO DE COPAGO" EN NUESTRA QUERIDA EUROPA? ¿MUY DIFERENTE AL ESPAÑOL?***

La siguiente gráfica procede del capítulo de un libro (**Treinta años de sistema sanitario español**) en el que colaboré publicado por la FADSP y que todavía no está (espero que no tarde) disponible en la red. En ella se muestra la evolución del porcentaje efectivo de copago español comparado con lo que ocurre en el conjunto de los países europeos. Mientras que el español decrece el del conjunto de los países europeos crece y en 2008 es prácticamente el mismo que tuvimos nosotros en 1980. ¿Qué indica esto? Pues sencillamente que los sistemas de copago en el conjunto del resto de los países europeos están diseñados de modo que si aumenta el gasto en farmacia de receta (y ha aumentado en todos ellos) aumente también el porcentaje efectivo de copago, justamente el diseño contrario al nuestro. ¿Y tiene esto que ver con las diferencias en el gasto farmacéutico público per cápita entre los países de Europa?

### ***PORCENTAJE DE COPAGO EFECTIVO Y GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO PER CÁPITA EN EUROPA***

En el mismo capítulo del libro de la FADSP figura esta gráfico que representa la correlación entre el gasto farmacéutico público per cápita y el porcentaje efectivo de copago entre los países europeos de la OCDE en el promedio del periodo 2000-2007. Un coeficiente importante, negativo ( $r = - 0,62$ ) rige esta relación y la recta muestra claramente que los países con un mayor porcentaje efectivo de

copago tienen un menor gasto farmacéutico público per cápita. Por lo tanto, algo tendrá que ver nuestro bajo porcentaje efectivo de copago con que nuestro gasto farmacéutico público per cápita destaque sobremanera en Europa.

### **CONCLUSIÓN**

La ministra dice que se pretende "ahorrar" con esta medida unos 3.700 millones de euros. El sistema de copago actual "ahorra" unos 791 millones. Quintuplicar esta cifra parece difícil salvo que se anule la "aportación reducida" que se ha comportado como el principal amortiguador de la inequidad producida por el todavía actual sistema de copago. Si se recaudara, hartó improbable, un promedio de 100 euros por cada uno de los 8 millones de pensionistas, se añadirían otros 800 millones. Los "ahorros" tendrán que venir de otro sitio (¿nuevamente de los salarios de los profesionales?) pues del nuevo sistema de copago no parece, salvo que se dinamite la "aportación reducida" que tampoco parece que vaya a pasar. Pero bienvenido sea este nuevo sistema de copago si de él se deriva, que está por ver, la reducción de la concentración del porcentaje efectivo de copago en los activos más enfermos y se sensibiliza a la población de que el valor de las cosas no tiene nada que ver con su precio.

**Juan Simó (médico de familia)**