



El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes

Manuel Martín García

Documento de trabajo 183/2014



Manuel Martín García


Médico Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid 1978. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública por la Universidad de La Habana. Ex Profesor de Salud Pública de la Escuela de Enfermería de Vigo (Hospital Xeral-Cíes)

Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Médico de Familia en el Centro de Salud de Seixo, Servicio de Atención Primaria de Marín (Pontevedra). Miembro del Patronato de la Fundación 1º de Mayo. Autor y colaborador en numerosos libros y publicaciones sobre salud pública.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas
© Manuel Martín García

ISBN: 978-84-15860-18-1
Depósito Legal: M-6772-2014
Maquetación: Estrella Torrico

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen Ejecutivo	2
Introducción	5
1. Los copagos en los servicios sanitarios de los países más desarrollados	17
2. Consecuencias de los copagos	23
3. Aplicación del copago en España	26
3.1. El copago en medicamentos	26
3.2. Copago por utilización de servicios asistenciales	30
3.3. Otros pagos y copagos	32
3.4. Futuros copagos por servicios asistenciales.....	32
3.5. Seguro sanitario para inmigrantes irregulares sin permiso de trabajo	37
4. El copago es una medida injusta y regresiva	40
5. Conclusiones	52
6. Propuestas para hacer frente a los problemas que condicionan la sostenibilidad del sistema sanitario público	53
Bibliografía	56
Índice de gráficos y tablas	60

El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes

Manuel Martín García

El Sistema Nacional de Salud en el Estado Español se encuentra amenazado por la privatización, promovida por las grandes organizaciones que impulsan la globalización neoliberal como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio y los organismos que rigen la Unión Europea. Estos grupos de presión, que dominan las relaciones económicas y comerciales a escala planetaria, están afectados por el estallido de las burbujas financieras e inmobiliarias, y pretenden acceder a los enormes fondos económicos que los países destinan a salud. Para ello están introduciendo las relaciones de mercado en los servicios sanitarios, dando entrada al capital privado en la financiación y gestión de los centros, rompiendo el aseguramiento público; incrementando la concertación con proveedores privados; externalizando los servicios más rentables económicamente y o fomentando el pago directo de la atención.

Con la coartada de la crisis y de la necesidad de reducir gasto para hacer frente al endeudamiento del Estado, el actual gobierno del Partido Popular está acelerando privatización de todas las áreas de la sanidad pública como son la financiación, gestión y provisión de los servicios, de la que el copago forma parte. El Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar a calidad y seguridad de sus prestaciones supone un paso trascendental en esta dirección ya que suprime el derecho a la asistencia sanitaria vinculado a la residencia sustituyéndolo por la cotización laboral, rompe la cartera universal de servicios e introduce el copago por determinadas prestaciones sanitarias. Esta contrarreforma persigue dos objetivos: Introducir el mercado en el sistema sanitario a través de la compra y venta de la asistencia, para lo que es imprescindible el pago a cambio de un servicio y abrir un gran espacio a los seguros privados de salud (muy débil en España donde da cobertura al 13,4% de la población, frente al 96,1 de Francia o el 89% de Holanda) favoreciendo la contratación de seguros complementarios para los riesgos no cubiertos por la cartera básica de servicios con desgravaciones fiscales a los mismos. Sin embargo los seguros complementarios incrementarán la desigualdad y descapitalizarán la sanidad pública. Los principales afectados por esta medida son los jóvenes mayores de 26 años que nunca han trabajado y los inmigrantes en situación irregular que han perdido el derecho a la asistencia sanitaria.

Aunque los impulsores del copago en España argumentan que esto existe en la mayoría de los países desarrollados, ocultan que nuestro sistema sanitario tiene un gasto de los más bajos y con el menor crecimiento del mundo desarrollado, lo que demuestra que la ausencia de copagos como forma de financiación de los servicios sanitarios públicos, no es un riesgo para su sostenibilidad ni cuestiona su eficiencia. Lo que si está poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema es la baja presión fiscal de los grandes capitales y el enorme fraude fiscal que se estima en un 25% del PIB un 48% superior a la media europea y el crecimiento irracional de los gastos en farmacia y tecnologías, que nada tienen que ver con el copago sanitario de la población, sino con la práctica profesional.

Por otro lado numerosas revisiones internacionales demuestran que los copagos se asocian con una disminución en el estado de salud de las personas más vulnerables como mayores, enfermos crónicos o colectivos de bajos ingresos (que empiezan a ser mayoritarios como consecuencia de la crisis), ya que reducen el seguimiento de la medicación y el acceso a los servicios lo que se traduce en un empeoramiento en los niveles de salud y un aumento del gasto sanitario público al incrementar las complicaciones y los ingresos hospitalarios.

Entre los argumentos para justificar la introducción del copago estarían la necesidad frenar un consumo irracional y desbocado de los servicios de salud; racionar los servicios sanitarios públicos para pagar la deuda; obtener información sobre las preferencias individuales de los usuarios; proporcionar financiación adicional de los servicios públicos e incentivar el uso racional de los mismos; mejorar la responsabilidad de los ciudadanos; aumentar la transparencia sobre el coste de los servicios públicos; y reducir la necesidad de nuevos impuestos que distorsionen la economía. Sin embargo los niveles de demanda de atención sanitaria en nuestro país están en la media de los países desarrollados (en hospitalizaciones muy ir debajo de ellos), por lo que no parece justificado reducirla aún más con nuevas barreras de acceso. Por otro lado las decisiones sobre medicamentos, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, etc, las realizan los profesionales sanitarios y no los usuarios. Pero además de todo esto, la introducción del copago se está haciendo de manera injusta, farragosa e irracional lo que atenta contra la accesibilidad, la equidad y la eficiencia de la gestión.

Los resultados a nivel internacional y nacional (pese al poco tiempo de su aplicación en España, demuestran que el copago de medicamentos no reduce el gasto farmacéutico (principal justificación del mismo), dificultan el acceso a los mismos a las personas más vulnerables y con menor nivel de renta, y generan conflictos políticos propiciando la rebelión de numerosos ayuntamientos y comunidades autónomas que rechazan aplicarlos por las tensiones sociales y los costes electorales que pueden suponer para quienes los gobiernan. Como consecuencia el gobierno ha paralizado la aplicación del copago al transporte no urgente en ambulancias, las prótesis, ortesis y alimentos especiales, lo que supone un importante paso atrás del gobierno en el desarrollo de esta estrategia.

Propuestas para hacer frente a los problemas que condicionan la sostenibilidad del sistema.

- 1) Mejorar de la financiación sanitaria
- 2) Mejorar la cohesión del SNS mediante en Plan Integrado de Salud
- 3) Dotar de carácter finalista de la financiación sanitaria
- 4) Reducir el gasto farmacéutico
- 5) Disminuir la utilización tecnológica ineficiente
- 6) Potenciar la Atención Primaria de Salud
- 7) Favorecer la integración de la Atención Primaria y la especializada
- 8) Despolitizar la gestión sanitaria
- 9) Revertir el proceso de privatización
- 10) Crear una agencia de compras del Sistema Nacional de Salud

El copago atenta contra los pilares de nuestro sistema sanitario como son la universalidad, la solidaridad y su carácter redistributivo, algo especialmente importante en momentos de crisis como la actual, que está aumentando la pobreza, la enfermedad y la mortalidad.

Tanto la forma como los resultados de su aplicación no responden a los objetivos con los que se intenta justificarlos por lo que lo más razonable es su retirada, como ya han hecho otros países europeos como Alemania.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud en el Estado Español se encuentra amenazado por la privatización, promovida por las grandes organizaciones que impulsan la globalización neoliberal como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio y los organismos que rigen la Unión Europea, controlados por bancos, fondos de inversión, empresas multinacionales de tecnología sanitaria y farmacéutica, empresas constructoras, aseguradoras o consultoras internacionales.

Todos estos grupos de presión, que dominan las relaciones económicas y comerciales a escala planetaria, están afectados por el estallido de las burbujas financieras e inmobiliarias, y pretenden hacer frente a sus problemas intentando acceder a los enormes fondos económicos que los países destinan a salud.

Los procesos de privatización de los servicios sanitarios responden a una estrategia común, puesta en marcha por numerosos países europeos, de reducir el papel del Estado y del sector público a la mínima expresión y acabar con el monopolio público en los servicios sociales para dar entrada al sector privado. En cuanto a los servicios de salud las propuestas se centran en introducir las relaciones de mercado y de competencia entre proveedores de servicios; dar entrada al capital privado en la financiación, gestión y provisión de servicios; acabar con el aseguramiento público de los riesgos sanitarios; potenciar la financiación pública de los proveedores privados; e incrementar el pago directo de la población de los servicios que demanda.

El *Banco Mundial* en sus Informes de los años 1987 y 1993 planteaba como líneas estratégicas: Reducir Gasto Sanitario Público, promover el aseguramiento privado, estimular las privatizaciones sanitarias, introducir el mercado y la competencia publico-privada, acabar con monopolios públicos de los servicios sanitarios, imponer los copagos y recortar oferta de servicios públicos. La *Organización Mundial del Comercio* en su estrategia de negociación con la Unión Europea para la liberalización de los servicios planteó la necesidad de eliminar las trabas al comercio internacional, privatizar los servicios públicos para acabar con el monopolio público de los mismos, liberalizar el comercio de los servicios de salud a nivel europeo, potenciar la inversión extranjera en los servicios sanitarios, abrir el mercado de servicios de salud a competencia entre países, favorecer movilidad profesional, y promover participación del sector privado en provisión de servicios sanitarios y aseguramiento. Por último el *Fondo Monetario Internacional* promueve desde hace años la necesidad de reducir la carga fiscal de los países aplicando los mecanismos de mercado en la sanidad, potenciando el aseguramiento privado, promoviendo la participación de los proveedores sanitarios privados en la sanidad pública,

desarrollando las relaciones de competencia público-privada como forma para mejorar la eficiencia y la racionalidad, introducir copagos, restringir la oferta de servicios sanitarios públicos, y reducir presupuesto sanitario público.

Con la coartada de la crisis y de la necesidad de reducir gasto para hacer frente al endeudamiento del Estado, el actual gobierno del Partido Popular está acelerando privatización de todas las áreas de la sanidad pública como son la financiación, gestión y provisión de los servicios.

La finalidad última de toda esta política es desmantelar el Sistema Nacional de Salud para dar entrada al conglomerado de intereses privados que le respalda. Ejemplos de esta estrategia los podemos encontrar en la colaboración público-privada para construir y gestionar las nuevas infraestructuras sanitarias; la gestión empresarial de los centros; o la reducción de actividad de los centros públicos para incrementar la concertación con el sector privado. Sin embargo existe un cierto retraso en la entrada de los seguros privados sanitarios en el sistema público, por lo que Mariano Rajoy, presidente del Gobierno, encargó al llegar al gobierno un informe al respecto a la Fundación de Análisis y Estudios (FAES) organización de claro perfil neoliberal presidida por el expresidente José María Aznar representante y referente español de esta ideología y de los grupos de presión que la impulsan a nivel mundial.

La crisis económica y las políticas impuestas a los países europeos por quienes gobiernan la Unión Europea ha puesto en riesgo la financiación de los sistemas públicos de protección social al recortar drásticamente el gasto público para solucionar el estallido de la burbuja inmobiliaria y la especulación financiera. Los sectores responsables de esta situación buscan ahora (al amparo de los acuerdos de la Organización del Comercio con la Unión Europea para liberalizar los servicios) nuevos nichos de negocio en la prestación de servicios públicos (especialmente en los servicios de salud que suponen el 30-40% de los presupuestos de las CCAA encargadas de prestarlos), desmantelando y privatizando el sistema público para dejar espacio al sector privado.

Evidentemente el sistema sanitario público español tiene algunos problemas, algo inevitable en una estructura que presta atención sanitaria a 46 millones de personas, y que precisa de mejoras.

Entre los principales problemas que habría que abordar para mejorar el sistema podríamos señalar: Una baja financiación del sistema y la asignación no finalista de los fondos; un gasto farmacéutico muy elevado e irracional; la sobreutilización de las tecnologías sanitarias; una gestión politizada vinculada a quienes detentan el poder político; un escaso peso de la Atención Primaria de Salud; la privatización progresiva de la sanidad: Financiación, provisión y gestión; ausencia de una planificación que racionalice la asignación de los recursos en función de las necesidades de la población; y deficiencias en la integración de los niveles asistenciales y de salud pública y de los procesos asistenciales.

Desde hace años los sectores interesados en la privatización del sistema sanitario, con importante presencia en grupos empresariales, universidades, prensa profesional, administraciones, o responsables sanitarios vienen promoviendo la introducción del copago como alternativa a una hipotética insostenibilidad económica del sistema sanitario público, destacando en su argumentario la necesidad de:

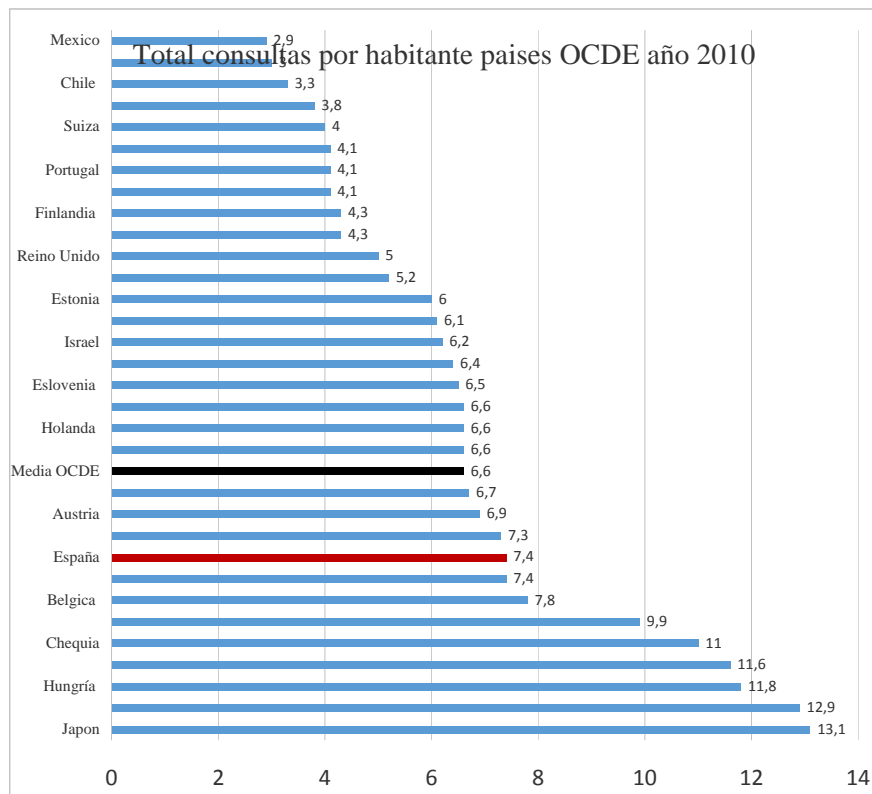
- Racionar el consumo de servicios sanitarios públicos.
- Obtener información sobre las preferencias individuales de los usuarios.
- Proporcionar financiación adicional de los servicios públicos e incentivar el uso racional.
- Mejorar la responsabilidad de los ciudadanos y aumentar la transparencia sobre el coste de los servicios públicos.
- Reducir necesidad de incrementar nuevos impuestos que puedan distorsionar la economía. Esto se basa en que el copago, como alternativa a los impuestos directos, puede mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos del sector público y reducir la presión fiscal sobre los contribuyentes (evidentemente de los más ricos, lo que supone eliminar uno de los pocos instrumentos de solidaridad social que transfiere rentas de los sanos ricos a los enfermos pobres reduciendo así las desiguales creadas por mercado y la competencia (Lohr 1986).

El principal argumento para introducir esta tasa (que grava la enfermedad), se basan en la bondad de unas barreras económicas que frenen el consumo irracional y acelerado de servicios por la población, que complementen las reducciones de la oferta como los recortes en los recursos y en la oferta de asistencia. Por ello en algunos países a esta medida la denominan *ticket moderador*.

Sin embargo los niveles de demanda de atención sanitaria en España, están en la media de los países desarrollados, y en el caso de las hospitalizaciones muy ir debajo de los mismos, por lo que no parece justificado reducirlo aún más con nuevas barreras de acceso.

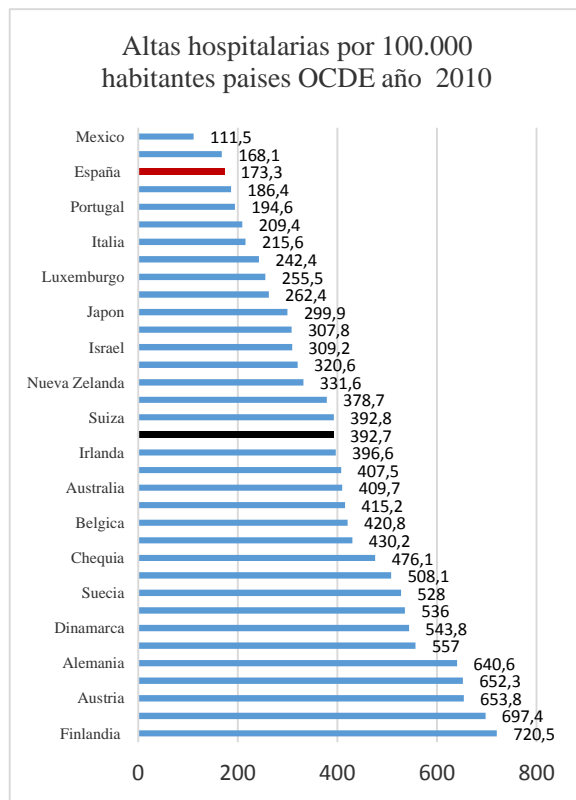
En todo caso las decisiones sobre asignación de recursos no están en manos de los usuarios sino de los profesionales de sistema sanitario.

Gráfico 1.- Consultas por habitante/año países de la OCDE 2010



Fuente: OCDE Health Data 2013

Gráfico 2.- Altas hospitalarias por 100.000 habitantes países OCDE 2019



Fuente: OCDE Health Data 2013

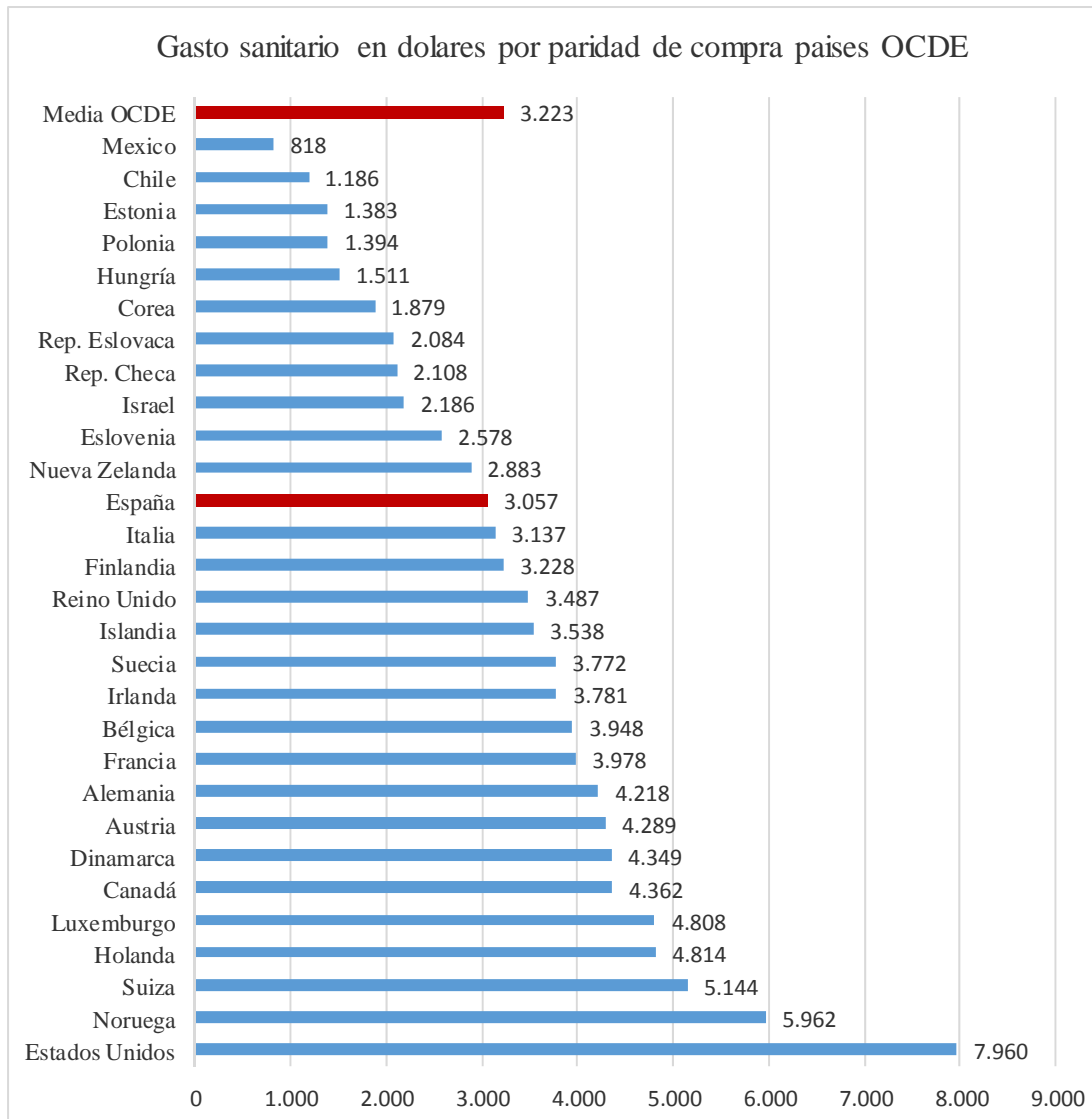
España ocupa el tercer lugar por la cola en altas hospitalarias por 100.000 habitantes, un 55,8 inferior a la media de la OCDE.

El número de consultas por habitante y año en España es de 7,4, solo un 10% superior a la media de países de la OCDE. En España además muchas consultas de Atención Primaria son burocráticas como recetas (pueden alcanzar el 30% del tiempo de consulta), seguimiento de personas de baja laboral por enfermedad, certificaciones de salud exigidos por multitud de entidades e incluso empresas privadas, etc., que no son decididas por los pacientes y que por tanto el copago no puede contribuir a moderar.

Racionalizar el número de contactos del sistema sanitario con la población exigiría una actuación sobre los sanitarios, especialmente el estamento facultativo. Salvo la primera consulta del paciente el resto del proceso es decidido por los profesionales como la solicitud de pruebas complementarias, visitas de control, revisiones de procesos, seguimiento de enfermedades crónicas protocolizadas, que suponen el 70% de las consultas. En todo esto evidentemente el copago del paciente no tiene ninguna influencia.

Uno de los argumentos favoritos de los impulsores del copago en España es que estos son aplicados por la mayoría de los países desarrollados. Sin embargo se oculta deliberadamente que pese a no tener copago nuestro Sistema Nacional de Salud era uno de los más eficaces y eficientes del mundo. En el momento del estallido de la crisis económica el gasto sanitario de España era de 3.057 dolores por paridad de poder de compra. Este gasto es claramente inferior a los 3.773 dólares de la media de países de la OCDE y muy alejados de los 7.960 de Estados Unidos país con una sanidad basada en los seguros privados o de los 8.862 de Noruega, con un sistema de salud muy parecido al nuestro. (OCDE 2013). España ocupaba el último lugar en gasto sanitario de todos los países de la Unión Europea más desarrollada (UE-15). Además este gasto creció un 30% menos que la media de la OCDE en los últimos 20 años, y pese a ello garantizó el acceso universal de la población a todas las prestaciones sin discriminaciones y sin barreras económicas. Todo esto refuta la tesis de que la necesidad de copagos para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario en España.

Gráfico 3.- Gasto sanitario per cápita en dólares por paridad de compra. Países OCDE año 2008 (inicio de la crisis económica).



Fuente OCDE Health Data 2011-

En base al falso argumento de una gasto sanitario público demedido se adoptaron medidas basadas en la reducción de la oferta con recortes sistemáticos en los presupuestos sanitarios. en todos los servicios públicos y entre ellos en la Sanidad.

Aunque los recortes se vienen produciendo desde 2009, han alcanzado especial intensidad entre 2010 y 2013, con una reducción del 11,4% la media del presupuesto de las CCAA, que sumado a otros los recortes del Ministerio de Sanidad, supuso que en 2013 se destinaran a la Sanidad 7.500 millones de euros menos que en 2010.

Estos recortes no son similares en todas las CCAA (oscilando entre el 1,3% y el 23,3%), mientras que la diferencia de gasto sanitario por habitante y año superan los 500 €/habitante/año, lo que implica que el impacto de los recortes son muy diferentes (FADSP 2013).

Tabla 1.- Presupuestos sanitario por habitantes en las CCAA

CCAA	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	1180,09	1.121,69	1174,43	999,19	980,00
Aragón	1419,37	1.364,49	1371,87	1189,35	1119,94
Asturias	1507,15	1.495,93	1530,90	1370,01	1383,12
Baleares	1066,37	1.003,32	1066,82	1027,30	1048,10
Canarias	1295,36	1.135,75	1161,97	1186,77	1229,02
Cantabria	1347,47	1.232,16	1230,44	1301,65	1333,30
Castilla y León	1360,62	1.348,92	1353,00	1265,86	1267,28
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08	1123,23	1119,75	1122,99
Cataluña	1298,84	1.292,45	1128,24	1123,57	1091,57
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95	1060,80	965,44	1079,08
Extremadura	1509,72	1.390,56	1334,74	1158,70	1178,78
Galicia	1333,39	1.266,13	1262,77	1229,08	1227,74
Madrid	1108,14	1.103,16	1104,52	1094,24	1087,65
Murcia	1334,25	1.346,9	1219,89	1032,92	1079,13
Navarra	1543,12	1.528,59	1424,51	1418,97	1397,70
País Vasco	1623,08	1.563,68	1557,78	1551,75	1541,72
La Rioja	1443,94	1.347,11	1298,01	1214,42	1242,68
Media CCAA	1.343,95	1.288,58	1.210,95	1.191,11	1.204,97
Ratio					
Máximo/	1,46	1,44	1,46	1,60	1,57
Mínimo					

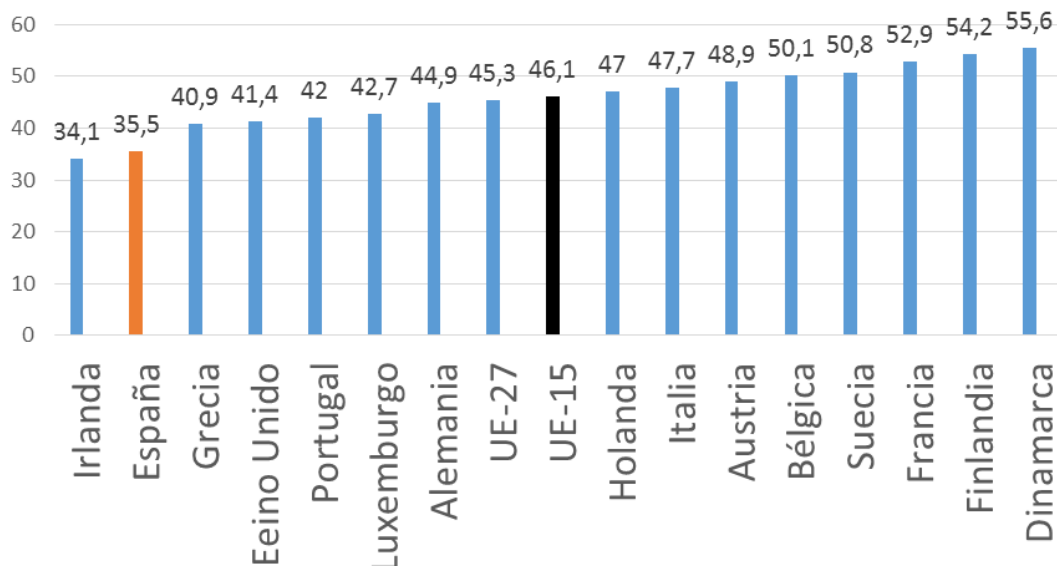
FADSP 2014

El gasto por habitante oscila entre 980 euros por habitante al años en Andalucía y los 1.541,72 en el País Vasco, con un diferencial de 561,72 € por habitante y año entre ambos. Esta situación muestra que los recortes estan aumentando la desigualdad sanitaria y ponen en evidencia la necesidad de una financiación finalista para la sanidad.

Con la desaparición de los gastos en sanidad de los presupuestos de ayuntamiento y diputaciones, contemplada en la Nueva Ley de Régimen Local es previsible que se produzca una acusada disminución del gasto sanitario público total, lo que agravara la situación de un sector ya muy castigado por los recortes.

Los problemas de financiación de la sanidad pública tiene que ver con una baja presión fiscal de los sectores económicos más poderosos, muy por debajo de la media de los países europeos.

Gráfico 4.- Ingresos fiscales en países de la Unión Europea en % de PIB. 2013



Fuente: Comisión Europea. Eurostat 2013

Los ingresos fiscales al inicio de la crisis en España eran un 3,8% inferiores a los de la media de los países de la Unión más desarrollados (UE-15), con una clara tendencia a la baja. Mientras la media de la UE-15 estos ingresos descendieron 0,9 puntos en dos años, en España en el mismo periodo la pérdida fue de 6,6 puntos en dos años, ampliándose la brecha con la UE-15 es un 50% en apenas dos años. (Eurostat 2013).

Esta claro que el gobierno y los sectores económicos privilegiados pretenden mantener una baja presión fiscal, para beneficiar a los grupos de mayor renta, a las grandes empresas y a los inversores internacionales. Para perpetuar esta situación pretenden que los usuarios paguen directamente una parte de los servicios que utilizan.

Tabla 2.- Ingresos fiscales en % del PIB

	2007	2008	2009
España	41,10%	37%	34,50%
U. E. 15	44,90%	44,60%	44%
Diferencial	3,8	7,6	9,5

Fuente: Eurostat 2010

Lo que si puede poner en riesgo la sostenibilidad del sistema es el enorme fraude fiscal que se estima en torno al 25% del PIB un 48% superior a la media de los países europeos. El total del fraude alcanza los 44.000 millones al año (280.000 millones en acumulado 6 años que es el tiempo para prescripción legal). Como el gasto sanitario público asciende a 60.000 millones al año, por lo que si el gobierno acabara con el mismo no habría ningún problema para financiar el Sistema. Pero en lugar de eso el Gobierno ha aplicado una amnistía fiscal que ha supuesto la pérdida para el Estado de esta ingente masa de recursos económicos que podrían solucionar cualquier problema de financiación sanitaria. Esta orientación clasista de la política gubernamental, está dirigida a hacer pagar a los enfermos para beneficiar a los defraudadores.

Por si todo esto no fuera suficiente en los últimos años (2008-2010) se han reducido los impuestos a los más ricos, como el Impuesto de Patrimonio (que supuso una pérdida de 2.100 millones anuales); el Impuesto de Sucesiones (supuso otra merma de 2.552) o la bajada de impuestos a quien ganan más de 150 millones al año (otros 5.300 millones), la suma de todos estos regalos a ricos y empresarios alcanzaron los 9.952 millones. Hay que recordar que los recortes sanitarios y copagos estaban destinados a ahorrar 7.000 millones euros de gasto sanitario público.

Por todo estos no parece razonable recurrir al pago directo de los servicios para resolver la insostenibilidad económica del sistema. Primero por que el nivel de gasto es uno de los más bajos y de los que menos crece de los países desarrollados, y en segundo lugar (caso de aceptar la tesis de que el sistema es imposible de sostener económicamente, cosa harto complicada con los datos de gasto), hay espacio más que suficiente para incrementar los impuestos directos como fuente de financiación.

Existen algunos gastos irracionales dentro del sistema sanitario, que es necesario abordar pero que no se solucionaran con el copago sanitario.

El principal responsable del incremento del gasto sanitario es la excesiva e irracional utilización las tecnologías. Alrededor del 30% de la misma está justificada, es dudosa en 30% e innecesaria en otro 30%. (Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica 2013) . Un reciente metanálisis internacional concluía que 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 cardiaca suponían mayores tasas de revascularización cardiaca (JAMA).

La adquisición y difusión de los recursos tecnológicos es elevada e irracional- 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 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) (Europa Press 2011). 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 donde se describen 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.

El gasto farmacéutico español es también muy elevado. En comparación con los países de la OCDE el gasto farmacéutico está 3,9 puntos por encima del gasto sanitario medio (21,3 frente al 17,4) y 0,3 puntos más en % de 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 €

Otro determinante del incremento del gasto son las privatizaciones del sistema sanitario público. 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 en la Comunidad de Madrid y en Galicia se ha evidenciado unos costes adicionales 7 veces más elevados (Sánchez 2011).

Objetivos fundamentales del copago

Aunque se pretende disfrazar el copago con argumentos como la necesidad de moderar una demanda sanitaria desbocada, su finalidad última está dirigida a alcanzar dos objetivos fundamentales.

1º.- ***Introducir el mercado en el sistema sanitario a través de la compra y venta de la asistencia, acabando con*** el carácter universal, equitativo y redistributivo del actual sistema sanitario, sustituyéndolo por otro donde el cliente pagará al recibir el servicio y el proveedor lo cobrará directamente. Las prestaciones sanitarias serían una mercancía más sujeta a la ley de la oferta y la demanda. Para alcanzar este objetivo es imprescindible poner en marcha el copago (pago a cambio de un determinado servicio).

2º. Abrir un gran espacio a los seguros privados de salud: El copago por la asistencia no incluida en la Cartera Básica del Sistema Público, supone que los pacientes deberán sufragar individualmente el coste de unos servicios cada vez más costosos (hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.,...), obligando, a quien tenga capacidad económica, a contratar pólizas de seguros privados complementarios para cubrir estos riesgos. El resto quedaría cubierto por la beneficencia del Estado.

Con esta finalidad el Gobierno de José Maria Aznar introdujo, de manera solapada en la Ley de Acompañamiento de la Ley de Presupuestos del 2008, una cláusula destinada a apoyar la contratación de Seguros Privados Complementarios mediante importantes reducciones fiscales a las empresas y a los empleados que los suscribieran. Esta medida solo benefició a los ejecutivos y personal que trabaja en las grandes empresas, las únicas con posibilidad para contratarlos, dejando fuera a los trabajadores de pequeñas empresas (la mayoría del tejido empresarial de nuestro país), autónomos, parados, pensionistas, amas de casa etc.

1 Los copagos en los servicios sanitarios de los países más desarrollados

En Europa se han aplicado diversas fórmulas para incrementar la participación privada en la financiación del gasto farmacéutico, en función de las características propias de cada modelo de sociedad, aunque sus características, extensión e intensidad varían según cada país (Sánchez 2011).

Tabla 3.- Copago en los países de la OCDE

	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Medicamentos
Alemania	Ninguno	Pago hasta día 14	Variable Precios referencia
Austria	Solo 20% población	Hasta día 28	Copago
Bélgica	Copago salvo rentas bajas	Hasta día 90	Copago desde un 9% hasta 85%
Dinamarca	Ninguno	Ninguno	Copago de 0-50%
España	Ninguno	Ninguno	Tasa 0% a 50%
Finlandia	Ninguno	Topes máximos	Tasa variable
Francia	Tasas variables	Copagos hasta 30 días	Tasas variables
Grecia	Ninguno	Ninguno	Tasa variables
Holanda	Ninguno segur publico si en privado	Ninguno seguro publico variable en privado	Tasas variables
Irlanda	Ninguno para 37% con menos ingresos	Ninguno para 37% menos ingresos, Resto hasta 10 días	Ninguno para 37% menos ingresos Resto limites mensuales
Italia	Copagos mayores en urgencias y domicilio	Ninguno para internamientos. Si pruebas diagnosticas y consultas externas	Variables, deducciones en los esenciales
Noruega	Copagos hasta un máximo anual	Ninguno para internamiento si en pruebas diagnósticas	Precios referencia para medicamentos esenciales Tasa variables según tipo medicamento
Portugal	Copagos	Copagos	83% población esta exenta
Reino Unido	Ninguno	Co-participación costes	Copago primer medicamento, educación en sucesivos
Suecia	Copagos con niveles máximos	Copago internamiento	

Fuente: Lopez, Ortun y Murillo

Francia

Los pacientes abonan directamente la atención primaria y los medicamentos, que son reembolsados posteriormente por la sanidad pública. Este modelo pretende evitar consumos superfluos o demandas injustificadas de asistencia. Está generalizada la contratación privada de un seguro complementario que paga las medicinas o gastos hospitalarios no cubiertos por la seguridad social. Hay muchas medicinas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones no cubiertas por la sanidad pública. Los asegurados tienen dos alternativas: pagar de su bolsillo o tener contratadas las prestaciones de una mutua o seguro complementarios. Cada asegurado, tiene dos tarjetas: la de la seguridad social, y la del seguro complementario. Para pagara medicamentos, intervenciones quirúrgicas, farmacias u hospitales se aceptan todas las tarjetas del seguro complementario, por lo que si el asegurado no tiene contratado ningún seguro complementario debe abonarlo de su bolsillo.

Existen tres tipos de copago

- Categoría 1: Tratamientos vitales o medicamentos muy costosos de primera necesidad. Se financia el 100% del coste.
- Categoría 2: Mayoría de los medicamentos. Es financiable al 65% del total.
- Categoría 3: Medicamentos para dolencias que no revisten especial gravedad. Financiados al 35%

Bélgica

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, (gestionado mediante 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 alcanza al 100% e incluye la ortodoncia. Están excluidos del copago los implantes en adultos. El Estado sólo cubre parte de los gastos de hospitalización, lo que obliga a contratar seguros complementarios. La atención de urgencias está cubierta y no hay que adelantar dinero. Los medicamentos corren por cuenta del enfermo, salvo los antibióticos.

Toda la población está afectada por el copago farmacéutico, con 5 tipos de medicamentos:

- Categoría A: Medicamentos vitales que están exentos de pago.
- Categoría B: Medicamentos para enfermedades sin peligro mortal, en los que se abonan un 25% del coste, con una cantidad límite para las personas activas laboralmente, que es del 15% del precio para los pensionistas.
- Categoría C: Tratamientos leves con un copago del 50%.
- Categoría Cs: Medicamentos de composición simple, en los que se paga el 60% del total.
- Categoría Cx: Anticonceptivos con un copago del 80% del precio de venta.

Italia

Las consultas al médico de Familia cuestan 10 euros por visita, mientras que las del especialista cuestan entre 15 a 20 euros. Se penaliza el abuso de las Urgencias, si el médico considera que el problema no precisa de atención en un servicio de urgencias se cobra 25 euros al usuario.

Existe un copago fijo de 3 € por receta, con tres tipos de medicamentos:

- Medicamentos tipo A: Esenciales, destinados a tratar enfermedades crónicas.
- Medicamentos tipo B: Tienen interés terapéutico relevante. Son financiados el 50% de su coste.
- Medicamentos tipo C: Incluye el resto de la medicación. Para este tipo no existe financiación.

El copago grava las consultas de especialistas y los análisis clínicos. En algunas regiones hay copagos según los ingresos personales de los pacientes. Su introducción fue acompañada de una importante disminución del gasto farmacéutico público que pasó a ser asumido directamente por los usuarios.

Portugal

El copago se denomina tasa moderadora. La consulta básica en Atención Primaria cuesta 2,20 euros, 3 euros la del hospital de distrito y 4,50 la de hospitales centrales. Por cada día de hospitalización se abonan 5,20 euros. La visita médica a domicilio cuesta 4,70 euros y todas las pruebas que se realizan en los hospitales tienen son pagadas por los usuarios. A partir de 65 años, los pacientes se benefician de una reducción del 50 por ciento en las tasas mientras y existen algunas exenciones totales de pago, como embarazadas, menores de doce años, desempleados, personas que reciben la pensión mínima o enfermos crónicos. Los trabajadores activos pagan entre el 30 y el 100% del coste de los medicamentos según su interés terapéutico. Los enfermos de cáncer o diabéticos están exentos de pago.

Alemania

Los copagos son generalizados, incluso para enfermos crónicos que deben pagar parte de los medicamentos según el tamaño del envase. Se abonan una cantidad fija por aquellos medicamentos no incluidos en el sistema de precios de referencia y otra variable según el tamaño del envase. Los pensionistas también abonan una tasa obligatoria mínima. En 2011 Alemania suspendió el copago de los pacientes a la sanidad pública, dado que la experiencia ha demostrado que esta medida no supone ningún ahorro real para el sistema sanitario mientras que incrementa el trabajo y el gasto burocrático para los profesionales y supone importantes molestias para los usuarios y enfermos. 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.

Suecia

Se pagan 15 euros por consulta. El sistema es de financiación pública y está muy descentralizado. Los ciudadanos pueden elegir el médico o centro sanitario que deseen, pero pagan una cantidad por servicio. Cada paciente paga entre 15 y 20 euros por visita al médico de Atención Primaria 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 para los medicamentos recetados. Todas las operaciones son gratuitas y los pacientes ingresados pagan unos 7 euros diarios

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. Las personas sin recursos y desempleados no pagan, mientras que los jubilados tienen subsidios.

Holanda

El usuario sólo paga los costes que superen los precios de referencia marcados. Fue pionera en establecer precios de referencia, lo que supone que los usuarios solo pagan las cantidades que excedan los precios determinados por el gobierno.

Gran Bretaña

Se paga una tasa fija por receta. Existen tickets anuales, por periodos de 4 meses que permiten retirar un número ilimitado de recetas sin coste alguno durante el periodo de validez. 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

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. La atención es gratuita para embarazadas y niños hasta los seis meses. Las personas de más de 70 años 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 remitidos por su médico de cabecera. La hospitalización cuesta 100 euros por día, hasta un máximo de 1.000 en doce meses. Diagnósticos, análisis y la fisioterapia son gratuitos. El gasto por medicamentos tienen un tope de 120 euros a lo largo de un mes, a partir de ahí son gratuitos

Finlandia

Se abona la totalidad del medicamento en la farmacia, y posteriormente, el Sistema de Salud le reembolsa la cantidad pagada por el usuario.

Hay dos tipos de reembolsos:

- Básicos: Devuelve el 50% del coste que supere una cantidad fija
- Especiales: Para enfermedades crónicas, devuelve entre el 75% y el 100% de la diferencia que supere el fijo establecido.

Austria

Se pagan cinco euros por receta, aunque cada estado federado tiene un convenio propio con la seguridad social que hace que el coste del pago varíe entre los 8 y 17 euros diarios, con un máximo de 28 días de hospitalización al año. Hay 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.

Dinamarca

Existen copagos desde 1996.

Grecia

Todos los ciudadanos tienen acceso a una sanidad pública o a cajas de pensiones con cobertura sanitaria. Los pacientes sólo pagan de su bolsillo determinados servicios como cambiar a una habitación individual, o disponer de una enfermera privada. 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. Existen pagos informales (corrupción) para agilizar trámites como saltarse la lista de espera, tener cama en pocos días, etc. Estos pagos oscilan de los 10 euros a una enfermera, entre 100 y 3.000 a los médicos en función de la gravedad, o unos 500 al anestesista. Se paga el 25 por ciento del precio del medicamento que incluyen a pensionistas y enfermos crónicos. El que el copago esté muy extendido por muchos países no es un motivo serio para justificar su aplicación en España. La violencia, la guerra, el narcotráfico, los desastres de la economía y el hambre, son algo muy frecuente y no le incorpora ningún valor, en la mayoría de las ocasiones se trata de un problema desgracia que habría que esforzarse en solucionar.

2 Consecuencias de los copagos

Los estudios realizados todos, sin excepción, señalan los graves problemas asociados a su aplicación.

En una revisión sistemática de los efectos sobre la demanda de servicios de salud del copago (Houlberg 2011, Kiil 2013), la mayoría de 47 estudios refieren que reduce el uso de medicamento, consultas con médicos generales y especialistas y atención ambulatoria, respectivamente. La literatura no halló efectos significativos de copago sobre las hospitalizaciones, que suelen estar justificadas por la gravedad de los procesos y en muchos casos son derivados por iniciativa de los médicos de AP y no del paciente [Louckx 2002]. Aunque los promotores del copago lo presentan como una solución al crecimiento de la demanda y el aumento del gasto sanitario en los sistemas de salud universales [Kiil 2013], puede tener efectos adversos para la salud y para la equidad. Entre las consecuencias del copago el estudio destaca que: Reduce la demanda individual de los servicios; tiene consecuencias negativas para la salud; incrementa la inequidad, reduce el consumo sanitario innecesario y necesario; incrementa la desigualdad; reduce el número de visitas, pero no la intensidad del tratamiento [Rovira 1998], reduce el consumo de los tratamientos eficaces e ineficaces en la misma medida; no previene hospitalizaciones inadecuadas [Lohr 1986, Siu 1986]; reduce la demanda de servicios de salud para grupos de bajos ingresos en especial para los niños de estos grupos (Rovira 1998); tiene efectos negativos para la de individuos con presión arterial alta y bajos ingresos, así como individuos con mala visión [Shapiro 1986]; afecta particularmente a los enfermos crónicos; su repercusión sobre la financiación es escasa y recae especialmente sobre la población activa, que ya contribuyen considerablemente al sistema a través de su pago de impuestos. Puede repercutir sobre su apoyo al sistema público; favorece la contratación de pólizas de seguro de salud privado complementario, que sólo beneficia a los que pueden permitirse pagar la prima del seguro.

En un reciente meta-análisis (Jo Sinnott 2013) sobre el efecto de los copagos para las prescripciones sobre la adherencia a los medicamentos de prescripción en países con sistema sanitario se concluye que estos pretenden disminuir el gasto de terceros sobre los productos farmacéuticos, particularmente aquellos considerados como menos importante, desincentivando la acumulación de medicamentos no esenciales para mejorar la salud (Mc Pake 2008), y generando así ahorro en gasto. Pero los copagos pueden ser desventajosos si reducen la utilización de medicamentos beneficiosos para la salud. Se asocian con disminución del uso de medicamentos, especialmente en los grupos más vulnerables como personas mayores y grupos de bajos ingresos, especialmente susceptibles a abandonar la medicación cuando tienen que pagarla. La falta de adherencia a los tratamientos tiene como consecuencias un incremento de las tasas de enfermedad y de los costes del sistema.

En la última década el gasto en productos farmacéuticos en países de la OCDE ha aumentado en un 50% (OECD 2011). Esto ha llevado al aumento de las presiones financiero en los sistemas de salud y muchos países han intentado escalar nuevo gasto en productos farmacéuticos; EEUU, Canadá, Australia, Irlanda y Corea del Sur han introducido políticas de copagos para compensar el creciente gasto en medicamentos (Lee 2012, Barry 2010). El resultado de un meta-análisis realizado en estos cuatro países sobre los efectos del copago (Lee 2012), demuestra que el copago repercute en una menor cumplimentación de los tratamientos para personas con HTA, diabetes, dislipemia, para las que representa un factor de riesgo adicional. Los copagos incrementaron en un 11% el incumplimiento de la medicación cuyos resultados pueden ser importantes clínicamente y económicamente. (Gibson 2005, Austvoll-Dahlgren 2008).

El impacto de las políticas de copago demuestra que repercuten sobre la utilización de medicamentos esenciales, especialmente en las poblaciones mas vulnerables como las personas mayores ingresos (Flaskerud 1998), enfermos crónicos y de bajos ingresos (Adams 2001, Lexchin 2004).

Una revisión demostró que los copagos se asocian con una disminución en el estado de salud de enfermos mayores, y que una reducción del seguimiento de la medicación en respuesta al copago, se asocian a empeoramiento en los niveles de salud y un aumento de los costos sanitarios públicos al incrementar los ingresos hospitalarios (Jo 2013, Atella 2006, Choudry 2011).

Los efectos el copago sobre la adherencia a los medicamentos en una población general (Eaddy 2012), y sus repercusión sobre la utilización/adherencia de los pacientes (Gibson 2005) muestra una reducción de la utilización de medicamentos esenciales (Austvoll-Dahlgren 2008). Por otro lado mejorar el nivel de cumplimiento de la medicación puede contribuir a reducir los gastos de salud (Stuart 2011, Aubert 2012).

El incumplimiento de la medicación hipertensiva se asocia mostro que se asocia el doble riesgo relativo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y angina (Cherry 2009). En esta investigación se describe también la carga económica asociada a (aproximadamente año 8.500 dólares /vida de diferencia con respecto a las que la cumplen plenamente.

En otro estudio sobre las consecuencias del incumplimiento del tratamiento con antihipertensivos y estatinas en más de 11.000 pacientes con diabetes se encontró una asociación estadísticamente significativa con un aumento de las hospitalizaciones y de la mortalidad (Prjsmfa 2006), y de los costes.

La adhesión de los pacientes a la medicación para la diabetes y la dislipemia (Sokol 2005) reduce gastos en costos de salud en la enfermedad hipertensiva. Los mismos resultados han sido publicados por (McCombs 1994).

La Organización Mundial de la salud en Europa informa en el año 2003 sobre la “Necesidad de abolir las barreras a la asistencia médica, con cualquier tasa por pequeña que sea porque tienen un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente mas desfavorecidos”.

Otro *Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS de 2010*, explicaba que “Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano, cuando las posibilidades de curación son mayores”.

“Se estima un alto porcentaje de los 1,3 mil millones de pobres que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios, porque no puede pagarlos en el momento en que los necesita. Para muchos hogares, los pagos relativamente pequeños también pueden producir una catástrofe financiera. El efecto del flujo continuo de las tasas médicas, aunque pequeñas, puede llevar a la pobreza a las personas con, por ejemplo, enfermedades crónicas o una discapacidad. Estos desembolsos no sólo disuaden a la gente de usar los servicios sanitarios y generan estrés financiero sino que también hacen que los recursos se utilicen de forma injusta e ineficiente. Se fomenta el uso excesivo en aquellas personas que pueden pagarlos y la infrautilización en quienes no lo pueden hacer”.

El caso de Portugal es bastante aleccionador por su cercanía geográfica y porque permite observar los efectos del copago sobre el gasto sanitario y la equidad. En 1990 se instauraron copagos sobre las consultas de Atención Primaria y especialista, así como sobre pruebas diagnósticas y en 2007 además sobre ingresos hospitalarios. El gasto sanitario total paso de ser el 5,9% del PIB en 1990 al 10,6% en 2011 (España paso en el mismo periodo del 6,5 al 9%), pero en 2011 el 6,4% de la población con ingresos menores a la mediana declaro en Portugal no haber recibido atención sanitaria que necesitaba por falta de dinero, mientras que en España era el 0,4% (*Eurostat 2011*).

Es decir todo lo contrario de un éxito para la equidad y la reducción de costes. Por lo tanto en lugar de disminuir el gasto, lo incremento, además de dificultar el acceso al sistema sanitario a las personas con menores recursos económicos.

3

Aplicación del copago en España

El *Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar a calidad y seguridad de sus prestaciones* está destinado a:

- Reformar el aseguramiento en el SNS
- Modificar y ordenar la Cartera de Servicios del SNS
- Mejorar la eficiencia de la oferta sanitaria
- Racionalizar la oferta y la demanda farmacéutica (copagos)

Sin embargo la auténtica finalidad de este RD es darle la vuelta al actual modelo sanitario basado en un Sistema Nacional de Salud, vulnerando la Constitución y la Ley General de Sanidad dado que suprime el derecho a la asistencia sanitaria vinculado a la residencia en el Estado sustituyéndolo por la cotización laboral. Demás de introducir el copago de medicamentos, prótesis y ortesis, sillas de ruedas, transporte no urgente en ambulancia o alimentos especiales.

En una segunda etapa, pendiente aún de desarrollo, se pretende romper la Cartera de Servicios Universal y gratita en el momento del uso (que hasta ahora cubría todas las necesidades asistenciales de la población) creando tres carteras: Básica, Complementaria y Suplementaria, obligando a los usuarios de las dos últimas a pagar el coste de las prestaciones (para satisfacer la exigencia de la Unión Europea de satisfacer la deuda generada por la crisis bancaria y a burbuja inmobiliaria).

Habría que recordar que el *artículo 43 de la Constitución* establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, cuyos principios sustantivos que permiten el ejercicio del mismo fue regulado posteriormente por la *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)*, que lo concretaba en la financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios en el momento del uso.

3.1. El copago en medicamentos

Hasta hace poco los pensionistas no aportaban ningún dinero para pagar el coste de los medicamentos prescritos por los profesionales del Sistema Sanitario Público (salvo en el caso de los funcionarios cubierto por la Mutua de Funcionarios del Estado (MUFACE)).

A pesar de las múltiples y reiteradas manifestaciones de importantes responsables gubernamentales (Mariano Rajoy, Presidente del Gobierno, Ana Mato, Ministra de Sanidad, Ana Pastor, anterior Ministra de Sanidad y actual Ministra de Fomento, etc.) el gobierno ha introducido el copago, empezando por el farmacéutico, que se aplica en función de criterios de renta, edad y tipos de enfermedad:

- No pagarán nada los parados sin prestación, “hasta que encuentren trabajo”, y aquellas personas con pensiones no contributivas. Los “pasivos con menor poder adquisitivo” estarán exentos de las aportaciones.
- Pensionistas. Las personas con pensiones más bajas, que tienen una renta por debajo de los 18.000 euros anuales, pagarán un 10% del precio de los medicamentos, con un máximo de ocho euros mensuales; los que cobren por encima de esa cantidad, pagarán un máximo de 18 euros.
- Rentas inferiores a 18.000 euros anuales (sin obligación de tributar) y familias numerosas. Pagarán el 40% del precio de los medicamentos.
- Rentas superiores a 18.000 euros (con obligación de tributar). Pagarán el 50% del precio de los medicamentos.
- Rentas superiores a 100.000 euros. Pasarán de pagar el 40% del valor de los fármacos, como hasta ahora, a pagar el 60%.
- Enfermos crónicos. Su situación no varía.

Resulta muy llamativo que solo se hayan establecido tres tramos de renta (con rangos de ingresos tan grandes que carecen de capacidad para discriminar a la población por sus ingresos para acotar las aportaciones por copago: Ingresos inferiores a 18.000 euros anuales, entre 18.000 y los 100.000 euros y más de 100.000. al año, que suponen ingresos mensuales entre los 1.500 y los 8.300 euros. Estos tramos contradicen uno de los principales argumentos utilizados para acabar con la gratuidad de los medicamentos como es que hay que acoplar los copagos a los ingresos personales, y la necesidad de acabar con la injusticia de que los pensionistas con grandes ingresos obtengan los medicamentos de manera gratuita.

Pese a las continuas referencias de economistas, profesores universitarios, miembros de las administraciones, etc., a la injusticia que supone que pensionistas con grandes ingresos no pagaran los medicamentos mientras que los parados y personas de renta baja pagaran por los mismos (argumento que ha servido de base para justificar los copagos a pensionistas), solo el 1% del colectivo percibe una pensión de 2.000 euros al mes.

Por otro lado los pensionistas perceptores de rentas superiores a mayores de 100.000 € cifra establecida para fijar tramos de copago representan un porcentaje insignificante de la población (253.000 personas según la renta de 2010), no llegando a mil los que declaran rentas superiores a esta cantidad. Como consecuencia parece mucho más lógico y razonable establecer un tramo superior en la declaración de la renta que permitiría una mayor recaudación fiscal. Evidentemente esto entraría en contradicción con política incrementar los impuestos a los grupos de población de mayor renta que defiende el Partido Popular. Se prefiere introducir un impuesto indirecto que grava la enfermedad y que reduce de manera brutal la renta de los pensionistas.

El Gobierno quiere que, con esta medida, se intente pagar la deuda sanitaria de las comunidades autónomas, que según la FADSP es de 18.560 millones de euros. Esta cifra proviene de la deuda reconocida de 13.530 millones de euros, más 4.100 millones de deuda “no visible”, que corresponden a conciertos con hospitales privados o servicios externalizados, y finalmente otras 930 millones de euros de intereses por la deuda ya vencida.

El crecimiento del gasto farmacéutico es el motivo principal de la deuda sanitaria, según la FADSP, mientras que la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SEPAS) señala que España es el segundo consumidos de fármacos del mundo, tras Estados Unidos. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el número de recetas ha ido incrementando anualmente, lo que ha conllevado que el gasto farmacéutico se disparase. En 2005, se dispensaron 756 millones, que aumentaron a 934 millones en 2009, seguidas por 958 millones. Los últimos datos son de 2011 y cifran las recetas en 973 millones. Las previsiones del Ejecutivo de Mariano Rajoy son pasar de recaudar un 6% del gasto farmacéutico a doblar este porcentaje para poder disminuir la deuda actual. Sin embargo la FASPD señala que estos momentos son “muy duros para la gran mayoría de la población”, por lo que consideran que estas medidas resultan injustas para los pacientes y que por ello esta no es la mejor solución. Sanidad espera ahorrar 7.400 millones con el copago farmacéutico.

La forma de introducir el copago ha sido, además, farragosa e irracional y atenta contra la accesibilidad y la equidad de acceso a los recursos terapéuticos y la eficiencia de la gestión: No parece razonable, desde el punto de vista de la equidad ni de la racionalidad, los topes de aportación de los pensionistas que deberán adelantar el coste del 10% de los medicamentos y 6 meses después las administraciones autonómicas les devolverán los excesos de gasto en que hayan incurrido. Este mecanismo constituye un obstáculo para el acceso a los medicamentos, dado que según los datos del Ministerio de Hacienda (1 de diciembre de 2012) el 8,51% de los pensionistas cobran menos de 300 € mensuales y el 54,02% menos de 650€, existiendo incluso un grupo de 147.402 personas que cobran hasta 130€ al mes, es decir la mayoría de los pensionistas viven en el umbral de la pobreza tienen serios problemas para poder adelantar el 10% de los medicamentos que consumen. Más del 80% de los pensionistas toma medicamentos y un 70% toma tres o más de manera habitual. La devolución por parte de las CCAA en el plazo de medio año meses del exceso de gasto es de gestión problemática. En cualquier caso y teniendo en cuenta la demora habitual en el pago a los proveedores por parte de las CCAA, lo de los 6 meses muy probablemente será un problema en muchos casos, y que habrá que investigar.

Para poder garantizar la aplicación del copago en todo el Estado se pretenden cambiar las tarjetas sanitarias a toda la población estableciendo 5 variables de 3 dígitos (001 a 005) que únicamente dará información del nivel de aportación (se incluye una única tarjeta para todos los pensionistas, código 002, lo que impide que conozcan los topes máximos), con unos costes muy elevados ya que es necesario crear 45 millones de tarjetas y el cruce de datos con Hacienda otros 50 millones €. Esta medida está sufriendo un importante retraso lo que supone que muchos pensionistas tengan problemas para retirar la medicación si se trasladan a otras comunidades autónomas distintas de su residencia habitual. La disposición establece siete tipos de talonarios de recetas que tendrán a su disposición todos los médicos de la Sanidad Pública del país (mas de 70.000 talonarios para contemplar a los 253.000 perceptores de rentas mayores de 100.000€, lo que supondrá nuevos costes a pesar su escasa utilidad.

El copago por los medicamentos de dispensación hospitalaria para enfermos crónicos ha propiciado el rechazo de CCAA y ayuntamientos (incluidos los del PP). En septiembre de 2013 se ha publicado una resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia que establece el copago de los

medicamentos dispensados a los pacientes no hospitalizados por los servicios de farmacia hospitalaria. Estos medicamentos no tienen la calificación de uso hospitalario y sólo se dispensan a pacientes no hospitalizados en las farmacias de los hospitales. Hasta ese momento eran de dispensación gratuita y se dirigían a enfermos crónicos y con enfermedades graves como hepatitis C, distintos tipos de cáncer, artritis, etc. La aportación del usuario será de un diez por ciento del precio de venta, con un máximo fijado en 4,20 euros. Si el medicamento cuesta 30 euros la aportación será de tres euros, pero si el medicamento cuesta 100 euros la aportación no será más de 4,20 euros. Esta media evidencia que los copagos pretenden disuadir el consumo excesivo e irresponsable de la población ya que en este caso se trata de personas cuya vida depende de tomar estos medicamentos. Los medicamentos afectados son un total son 157 presentaciones farmacológicas de 50 y hasta ahora, estaban exentos de pago por ser de prescripción y dispensación hospitalaria. El Ministerio de Sanidad justifica esta como un ahorro para garantizar la incorporación de fármacos innovadores al SNS.

La brutalidad de esta medida a ha determinado la aparición de rechazos y divisiones entre las comunidades autónomas que deben aplicarla, por diferentes motivos que van desde o ideológico a los técnico y funcional. Así Canarias, Andalucía, Aragón, País Vasco, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Castilla y León y Baleares hayan anunciado que no aplicarán por rechazo o por problemas para su implantación. Andalucía ha presentado recurso de alzada contra la medida, que también han anunciado Canarias y País Vasco. Por el contrario Galicia, Madrid, Castilla-La Mancha, Cantabria, Murcia y La Rioja admitían que pondrían en marcha su establecimiento al tratarse de una legislación básica estatal, mientras que el resto de comunidades manifestaban su imposibilidad inmediata de implantar dicho copago por los problemas de gestión asociados a su implantación. La Secretaria General del Partido Popular y Presidenta de la CCAA de Castilla a Mancha anunció recientemente que su gobierno se hará cargo del gasto de estos medicamentos, algo incomprensible en una persona promotora entusiastas de este tipo de copagos (parece que los potenciales costes electorales de este tipo de medidas le han hecho recapacitar).

En algunas CCAA como Galicia se ha producido la protesta levantamiento de alcaldes de todos los colores políticos. Nacionalistas en: Río Torto, Mondoñedo, Monforte, A Pobra de Brollón, Allariz, Rianxo; socialistas como: Caldas de Reis, Culleredo, Lugo, Pedrafita, Pol, A Fonsagrada, Monterroso, A Pontenova, Castroverde, Cervantes, A Pastoriza, O Valadouro y Carballada de Avia; del Partido Popular como los de Vilanova o Boborás; de Anova en Manzaneda o de Compromiso por Galicia de Maceda y Vilar de Santos, que se han levantado contra esta medida exigiendo a la Xunta de Galicia que no aplique la medida y anunciando que sufragaran mientras tanto el gasto por estos medicamentos a los vecinos de sus ayuntamientos (La Voz de Galicia, 31 de octubre de 2013).

Por último el Gobierno del PP ha retirado la financiación pública a más de 400 fármacos con el argumento que estaban destinados a combatir síntomas menores como la tos, el estreñimiento, la diarrea, las hemorroides, etc., que suelen acompañar a patologías crónicas y a enfermedades graves como el cáncer, las broncopatías crónicas o las enfermedades en su estadía terminal.

3.2. Copago por utilización de servicios asistenciales

Transporte sanitario no urgente

El copago por traslado en ambulancia de pacientes no urgentes afectará a enfermos o accidentados que no se encuentran en una situación de urgencia o emergencia y que, por causas exclusivamente clínicas, están incapacitados para desplazarse por su propios medios a un centro sanitario. Los usuarios de ambulancias tendrán que abonar por trayecto el 10 % del mismo, que según Sanidad se fija en 50 euros, con lo que el ciudadano pagará 5 euros por viaje (5 de ida y 5 de vuelta).

Se fijan topes mensuales por nivel de renta y enfermedades crónicas, estando exentos de pagar los discapacitados y personas con rentas mínimas de inserción. Los asegurados o pensionistas y sus beneficiarios con una renta igual o superior a 100.000 euros pagarán un máximo de 60 euros mensuales; los que perciban entre 18.000 euros o 100.000 tendrán un límite de 20 euros al mes, y quienes ganen menos de 18.000 euros este será de 10 euros al mes. Los pacientes crónicos pagarán, en función de su nivel de renta entre 20, 40 o 120 euros al año, considerándose como tales los que precisen traslados periódicos por períodos superiores a 6 meses, con una frecuencia de, al menos, cuatro traslados semanales o dos servicios de ida y vuelta. En estos enfermos la aportación será semestral en lugar de mensual: los pacientes cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros pagaran hasta 60 euros al semestre; los activos o pensionistas cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros pagaran hasta 20 euros al semestre; por debajo de 18.000 euros y para los titulares de mutualidades de funcionarios el limite será de 10 euros cada seis meses.

Como es lógico los colectivos más afectados por su implantación serán los enfermos crónicos y los pensionistas, que ya están sufriendo otros recortes en materia sanitaria, lo que tendrá graves consecuencias para su salud.

Quedan exentos de pago los afectados por el síndrome tóxico, los discapacitados, las personas con rentas de integración social y con pensiones no contributivas además de los parados que no cobren ningún tipo de prestación. Tampoco pagarán quienes dado que su financiación correrá a cargo de la mutua, aseguradora o entidad correspondiente.

El transporte sanitario no urgente, exige para su implantación crear un nuevo sistema administrativo para su cobro por las CCAA. Su objetivo teórico era delimitar la utilización a una prescripción facultativa por razones exclusivamente clínicas, ya que el Ministerio de Sanidad asegura que entre el 10 y el 30% de los trayectos son inadecuados (con un coste total de 15 millones).

Sin embargo el Consejo de Estado, se ha mostrado en contra el pago de traslados no urgentes en ambulancias. Aunque la Memoria Económica del Ministerio calculaba un ahorro de alrededor de 70 millones de euros, 45 por aplicar criterios de racionalización y 26 por la aportación de los usuarios y reconocía la necesidad de tener en cuenta que la puesta en marcha un mecanismo de cobro y gestión es compleja y obliga a hacer un gasto tanto en infraestructuras como en recursos humanos. Sin embargo este órgano consultivo

no ve en este copago ni ahorro ni racionalización y considera inaceptable que se aplique este copago sin haber evaluado previamente su impacto para los ciudadanos.

Según la propia Memoria Económica del Ministerio los Servicios de Salud Autonómicos ingresarán lo mismo que se gastarán en la gestión del sistema de cobro a los pacientes. En cuanto a la racionalización del uso de ambulancias (limitándolo a casos realmente necesarios por motivos exclusivamente clínicos) los criterios que se van a utilizar para decidir quién puede usar este tipo de transporte son similares a los que existen actualmente.

Copago por productos dietoterápicos

La aportación será reducida para pensionistas y enfermos graves, de un 10% hasta un límite máximo por envase, que variará según el tipo de producto. Para los productos destinados a los alérgicos e intolerantes a las proteínas de la leche de vaca, la aportación del usuario será la considerada estándar en función de la renta. En los complementos dietéticos destinados a personas con problemas alérgicos a la lactosa, celíacos o diabéticos, los afectados con rentas mayores abonarán un 60% de la facturación del producto, los intermedios un 50% y los de ingresos bajos un 40%. Por el copago por los complementos dietéticos se prevén unos ingresos anuales de 15,4 millones de euros.

Copago de prótesis y ortesis

Los enfermos que precisen prótesis externas tendrán que abonar por adelantado la cuantía total de la misma, (pese a que algunas son extremadamente costosas), lo que puede ser algo imposible para una gran mayoría de quienes las necesitan. Los pacientes pagarán la décima parte de su coste (como prótesis de mama, manos, pies o audífonos).

También se pagarán las sillas de ruedas manuales, las prendas de compresión que utilizan los quemados, o los cojines para pacientes con lesión medular, lo mismo que se aplicará un 10% en la renovación de componentes externos de los implantes quirúrgicos. En todos estos supuestos no habrá el tope de 10 o 60 euros como en los medicamentos, sin que se aporte ninguna explicación para semejante discriminación.

El gasto de prótesis externas, sillas de ruedas u ortesis se estima en 150 millones de euros anuales. La mayor parte del gasto ortopédico en España, 1.200 millones anuales, está centrado en los implantes quirúrgicos que pertenecen a la Cartera Básica (las medidas anteriores pertenecen a la Cartera Suplementaria).

3.3. Otros pagos y copagos

En algunas Comunidades Autónomas como Cataluña (diario ABC 7/11/2011) el gobierno cobra las butacas a los acompañantes de las personas hospitalizadas (que contribuyen con su presencia a aliviar la tensión emocional y física de las mismas (47 euros por sillón y

entre 70 y 80 por cama). Una cesárea que supone unos tres días de hospitalización puede costar al acompañante unos 240 euros, importe similar al de un hotel de tres estrellas.

3.4. Futuros copagos por servicios asistenciales

El RD Ley 16/2012 plantea la creación de **tres Carteras de Servicios dos de las cuales, la Complementaria y la Suplementaria**, no estarán financiadas por el sistema públicos y estarán sometidas al copago.

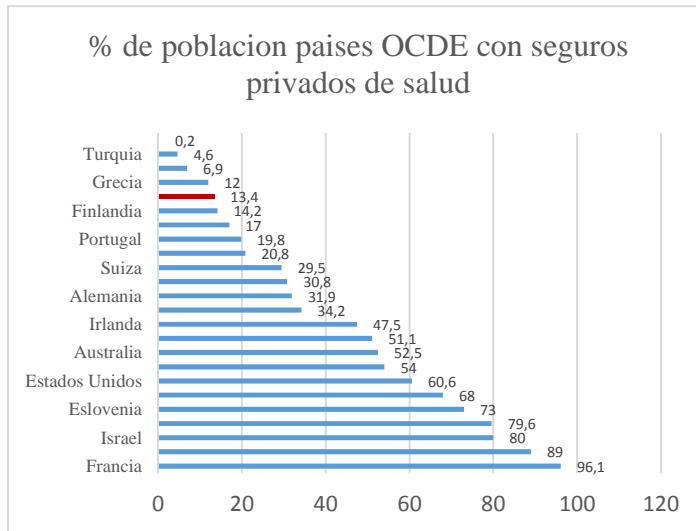
La *Cartera Básica de Servicios Asistenciales* contemplará la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y transporte sanitario urgente, la *Cartera Suplementaria* un conjunto de prestaciones de dispensación ambulatoria y la *Cartera de Servicios Accesorios* (prestaciones como cremas para pacientes con enfermedades raras). La Agencia de Evaluación de Tecnologías será la responsable de revisar y evaluar con regularidad dicha cartera.

La revisión de la Cartera Básica de Servicios (prestaciones a las que tienen derecho todos los españoles, independientemente de la comunidad en la que vivan), se realizará poco a poco y se determinará a largo plazo. Este proceso se está desarrollándose sin ninguna transparencia sobre los criterios de exclusión o inclusión de ciertos servicios y las razones médicas o sociales de los mismos. Esta opacidad está generando una gran preocupación social por la posible exclusión de tratamientos de gran relevancia sanitaria como el tratamiento de fertilidad, el cribado neonatal (la prueba del talón de los bebés), los implantes oftalmológicos, las mamografías o el aborto.

El objetivo que persigue el gobierno con la creación de esas tres carteras es potenciar el sector de seguros sanitarios España. Como se puede observar en la Figura 1 el sector de los seguros sanitarios privados es muy débil en España con una cobertura de tan solo el 13,4%, frente al 96,1 de Francia o el 89% de Holanda. Por otro lado los pagos directos de los usuarios también son bajos (2,8% frente al 2,9% de la media de los países de la OCDE, al 3,9% de Portugal, 3,7% de Irlanda o 3,5% de Bélgica). Este gasto se ha reducido en un 2,9% frente al 1,2% de la media de países de la OCDE.

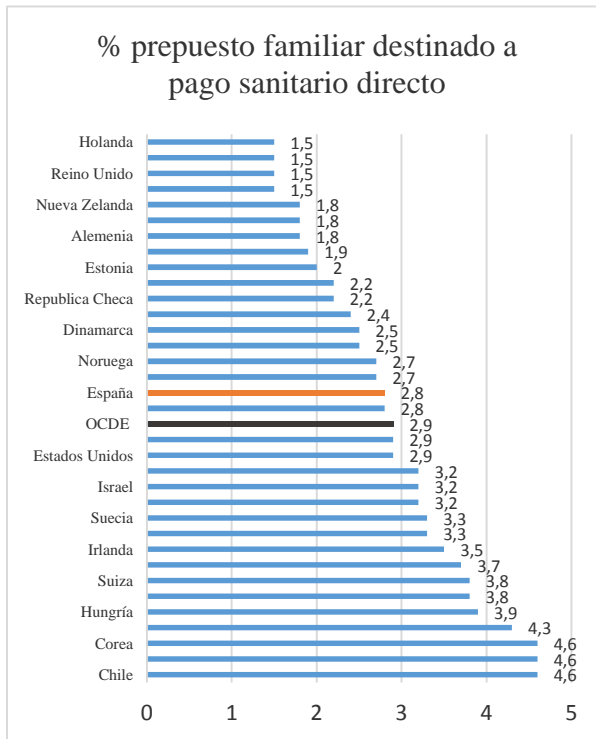
Para darle la vuelta a esta situación el presidente del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (IDIS) ha pedido a la administración española medidas de apoyo a los seguros sanitarios, que palién las consecuencias de los recortes económicos sobre la contratación de seguros, ya que la población no tiene muchos recursos económicos para hacerlo. Entre las medidas solicitadas está la desgravación fiscal a las personas que decidan contratar un seguro sanitario privado.

Gráfico 5.- Porcentaje de población países OCDE cubierta por seguros



Fuente: OCDE Health Statistics 2013

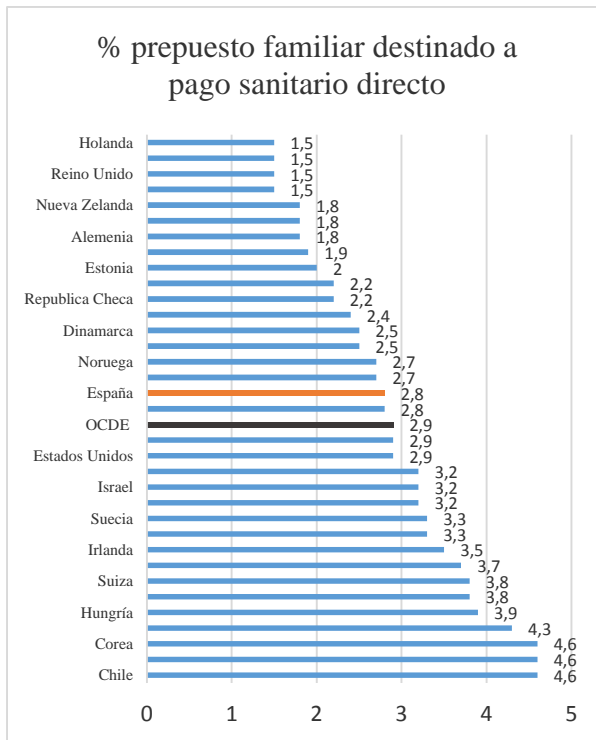
Gráfico 6.- Gastos médicos directos como proporción del consumo final de los hogares OCDE 2011



Con la llegada de la crisis económica en los países desarrollados la población ha reducido el gasto directo en sanidad hasta alcanzar un 1,3% de reducción media. Solamente en la República Checa, Portugal, Irlanda, Alemania, y Francia el gasto sanitario directo de los hogares ha aumentado, mientras que el resto de los países más desarrollados ha descendido.

La variación de este gasto oscila de manera muy importante con un incremento del 15,3% en la República Checa y un 5,1 % en Portugal, a una reducción del 10,3 % en Turquía, 7,1% en Suiza o un 7,7% en Italia.

Gráfico 7.- % de presupuesto familiar destinado a pago sanitario directo OCDE

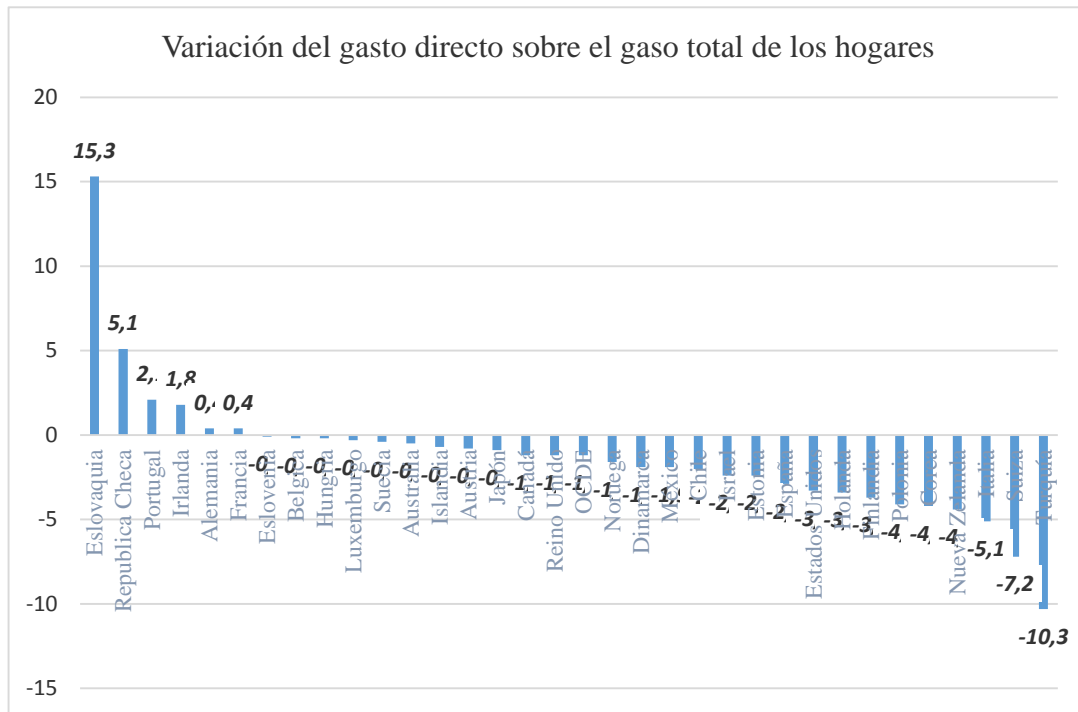


Fuente: OCDE Health Statistics 2013

El descenso del gasto sanitario sufragado directamente por los usuarios es probablemente la consecuencia de las reducciones salariales que han afectado a la mayoría de los países y de los aumentos en las tasas de paro.

En resumen las políticas de ajuste presupuestario y de reducción de la actividad económica para hacer frente a las deudas bancarias impulsadas por los gobiernos (inspiradas por la ideología neoliberal), limitan la capacidad de las personas para recurrir a la medicina y contratar seguros privados.

Gráfico 8.- Cambio en el gasto directo como proporción del total de gasto en salud, 2000-2011 (o año más cercano) Países OCDE



Fuente: OCDE Health Statistics 2013

Los seguros complementarios incrementarán la desigualdad y descapitalizarán la sanidad pública. La estrategia de desgravar los seguros privados complementarios (se plantean una cifra entrono al 25% de las primas contratadas), pone en evidencia de que la ideología y los intereses económicos de las aseguradoras, bancos y fondos de inversión multinacional se imponen sobre lógica y la evidencia. los ingresos de hacienda sufrirían una importante merma lo que supondría menos recursos económicos públicos para la sanidad pública y más recortes.

Estas desgravaciones beneficiarán fundamentalmente a quienes tienen mayor capacidad económica para pagar los seguros. Esto supone subvencionar con fondos públicos a los sectores de mayor renta a costa de reducir la atención sanitaria a los que tienen menores ingresos económicos (que son además los que sueñen tener más necesidad de asistencia sanitaria como pensionistas que padecen más enfermedades crónicas, parados de larga duración o excluidos sociales que son quienes soportan una mayor carga de enfermedad y mortalidad, incrementada como consecuencia de la crisis., por cada millón de parados generará 167.000 enfermos y 6.000 suicidios en los próximos diez años (Cárcoba 2011) (Europa Press 2012).

La huida a los seguros privados de las clases medias dejarán los servicios sanitarios para las personas más pobres lo que irá inevitablemente asociado el deterioro de su calidad (un servicio para pobres será siempre un pobre servicio), dado que los grupos económica y socialmente más favorecidos tiene una mayor capacidad de presión política para exigir sus derechos. Este es uno de los principales valores de la universalización de los servicios públicos y de su utilización por los representantes políticos, líderes de opinión, periodistas o dirigentes empresariales.

A pesar del avance de la privatización, los gastos directos en salud de los ciudadanos españoles están por debajo de la media de países desarrollados de la OCDE (OCDE 2011), con un 2,8% de consumo total de los hogares, aunque por encima de los de los países más desarrollados como Holanda, Reino Unido o Francia donde estos suponen solo el 1,5%. Algo que no es del agrado del sector de seguros, cuya situación se ha agravado por culpa de la crisis económica.

El gobierno de Rajoy ha respondido positivamente a estas demandas de ayuda introduciendo el copago lo que proporcionará a la aseguradoras una gran oportunidad de conseguir clientes, a costa del erario público (desgravaciones) y sobre todo obligando a millones de personas a contratar seguros para cubrir los riesgos sanitarios que el sistema dejará de hacer.

Por otro lado una de las consecuencias de la crisis económica es que los gastos directos de la población destinados a salud se han reducido de forma importante. Para intentar paliar esta situación las empresas y las aseguradoras sanitarias (un importante lobby empresarial y financiero), también han recurrido nuevamente al gobierno en demanda de apoyo. Todo esto entra en flagrante contradicción con los principales argumentos del neoliberalismo de que el Estado no debería intervenir en la economía y solo debería facilitar que los agentes sociales y económicos resuelvan sus intereses en un marco de mercado regulado solo por la competencia.

3.5. Seguro sanitario para inmigrantes irregulares sin permiso de trabajo

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha aprobado en el mes de octubre de 2013, un Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria a suscribir por personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. Esta medida complementa la reforma sanitaria que retiró la tarjeta sanitaria los inmigrantes en situación irregular. Podrá ser suscrito por personas que no reúnan la condición de asegurado ni beneficiario como españoles que no trabajen y que, sin embargo, tengan ingresos superiores a los 100.000 euros al año (rentistas); europeos que voluntariamente quieran suscribir estos convenios para ser atendidos por el sistema sanitario público español; y nacionales de terceros países que trabajen en la economía sumergida.

El Convenio recoge que los que se acojan al mismo deberían abonar entre 710,4 euros al año y 1.864,8 euros para poder ser atendidos en la sanidad pública. Tendrán además que hacerse cargo de la compra de medicamentos así como del transporte sanitario y las prótesis externas. Todo esto supone una discriminación y una enorme dificultad para acceder a la asistencia sanitaria de un colectivo muy vulnerable, recurriendo a un argumento técnico-burocrático. Desde el Gobierno y Partido Popular lanzando se argumenta que no es aceptable que los inmigrantes sin papeles reciban atención sanitaria ya que no contribuyen al sostenimiento del sistema, por trabajar en la economía sumergida o estar en paro. El mensaje, de un fuerte componente xenófobo y reaccionario, pretende buscar el apoyo a estas medidas de los sectores más golpeados por la crisis. Sin embargo es falso que los inmigrantes sin papeles no realicen aportaciones económicas para mantener la sanidad pública, ya que la financiación sanitaria se realiza en gran parte con una serie de impuestos que gravan el consumo en las Comunidades Autónomas: 35% del IVA; y el 100% de los impuestos por el juego; los impuestos especiales que gravan el consumo de cerveza, alcoholes y bebidas derivadas y labores del tabaco; la matriculación de vehículos; el consumo de electricidad y el llamado céntimo sanitario por poner gasolina. Es decir los inmigrantes contribuyen al sostenimiento del sistema sanitario a través de los impuestos que afectan al consumo que realizan en su vida cotidiana, en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos, con o sin papeles.

Otro argumento para justificar esta decisión es combatir el denominado “Turismo Sanitario” que supone que algunos extranjeros vienen al país sólo a utilizar las instancias sanitarias españolas. En base a esto se incorporarán al Derecho español un artículo que prohibirá de manera explícita el turismo sanitario. Sin embargo esto está solucionado con la Directiva Transfronteriza de Servicios de 2010, lo hace puede suponer que la finalidad del Ministerio es recortar las prestaciones sanitarias a los extranjeros. También se modificará la Ley de Extranjería para clarificar qué es exactamente lo que da derecho a recibir atención sanitaria.

Con la reorganización de la cartera de servicios y la regulación del llamado “turismo sanitario”, se pretenden ahorrar 500 y 1.000 millones de euros, respectivamente.

Hay que destacar por su trascendencia la situación de los jóvenes mayores de 26 años que nunca hayan trabajado (y por tanto cotizado), a los que el decreto retira el derecho a la atención, aunque para evitar un estallido del colectivo, se les permite de manera provisional acceder a la atención pública siempre que ganen menos de 100.00 euros al año.

La última medida que afecta especialmente al colectivo de gente joven sentido apareció en el Boletín Oficial del Estado del 26 de diciembre que modifica el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (dentro de una enmienda a la Ley 22/2013 de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014), que limita la asistencia sanitaria a aquellos españoles que salgan al extranjero durante más de 90 días y estén en situación de desempleo. Según esta nueva normativa, “a efectos del mantenimiento del derecho de las prestaciones de la Seguridad Social, incluido los complementos mínimos se exigirá la residencia en territorio español”, algo que se perderá automáticamente cuando la persona esté más de 90 días fuera de territorio español a lo largo de un año natural. Para ello, la Ley de Presupuestos también introduce una modificación en la Ley de Cohesión y Calidad

del Sistema Nacional de Salud que establece que “tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos: Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España”. Estas dos modificaciones: el concepto de “residir en España” y su vinculación al “derecho a la asistencia sanitaria”, dejarán sin cobertura a aquellos que pierdan la residencia al pasar más de tres meses fuera del país.

El Ministerio de Sanidad no ha explicado cómo van a gestionar este cambio normativo que vulnera nuevamente la Constitución y la Ley General de Sanidad. Aquellas personas que pierdan la residencia a efectos del mantenimiento del derecho de las prestaciones sanitarias, pasarán a ser asegurados a través de la tarjeta sanitaria sin recursos, que deberán solicitar y que tiene un largo trámite burocrático.

La medida dejará fuera de la Seguridad Social a cientos de miles de emigrantes españoles como consecuencia de los altos niveles de desempleo (27% de la población en edad de trabajar y el 57% de los jóvenes). Estas personas al regresar deberán contratar seguros médicos privados mientras estén en paro. La magnitud de la situación se explica por el hecho de que en último año 600.000 personas han emigrado fuera de España, fundamentalmente jóvenes a los que se además de privar del derecho a trabajar se les retira el derecho a la sanidad pública.

4

El copago es una medida injusta y regresiva

Pagar por la atención en el momento del uso supone una tasa que grava a las personas enfermas, lo que la hace recaer fundamentalmente sobre los sectores que más necesidad tienen de asistencia y con menor nivel de renta como ancianos y discapacitados que precisan mayor asistencia y cuidados de salud. A partir de los 65 años se multiplica por tres la necesidad de consultas, hospitalizaciones, consumo de medicamentos, etc., mientras que descienden sus niveles de ingresos.

Tabla 4. Distribución de las Pensiones en España año 2013

	Nº personas incluidas	% Crecimiento del colectivo	Cuantía en euros	% Crecimiento pensión
Jubilación	5.468.008	2,4	981,9	3,5
Incapacidad permanente	935.113	-1	908,8	2,3
Viudedad	2.338.437	0,6	618,3	2,7
Orfandad	308.173	6,9	370,9	1,2
Favor familiares	37.671	2,1	501,6	3,2
Pensión media contributiva	9.087.402	1,7	858,1	3,2

Fuente: Nueva Tribuna 22 Agosto 2013.

Existen importantes diferencias en las cuantías de las pensiones y en el número de pensionistas de cada categoría. La pensión media del sistema que incluye las distintas clases de pensiones como jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y a favor de familiares, en 2013 se situó en 858,1 euros mensuales, lo que supone un aumento interanual del 3,2%. La pensión media de jubilación es de 981,92 euros mensuales, creció un 3,5% respecto del 2012. La pensión de viudedad es de 618,29 euros mensuales (creció un 2,7%); la de incapacidad permanente alcanzó una cuantía media de 908,79 euros mensuales (creció un 2,3%); la de orfandad los 370,94 mensuales (creció un 1,2%); y por último la de favor de familiares se situó en 501,66 euros al mes (repuntó un 3,2%).

La mayor parte de las pensiones no permiten mantener nivel de vida digno ni asumir el copago por los servicios sanitarios. Existen grandes diferencias en las mismas con 611 euros entre las de mayor y menor cuantía (62%), lo mismo que en el crecimiento de las mismas. El número de pensiones contributivas de la Seguridad Social en 2013 alcanzaron las 9.087.402 (alrededor del 20% de la población) con un incremento del 1,7% respecto del año 2012. De estas 5.468.008 eran jubilados/s, con un repunte del 2,4%; 2.338.437 fueron pensiones de viudedad (+0,6%); 935.113 por incapacidad permanente (-1%), 308.173 por orfandad (+6,9%), y 37.671 a favor de familiares (-2,1%).

También hay diferencias importantes en las pensiones entre las diferentes comunidades autónomas. En siete Comunidades Autónomas la pensión supera la media nacional de 858,11 euros mensuales: País Vasco con 1.059,58 euros, Madrid con 1.015,86 euros y Asturias con 1.013,85 euros las que tienen las pensiones más elevadas. Les siguen Navarra (976,22 euros), Aragón (894,76 euros), Cantabria (893,30 euros), Cataluña (887,06 euros). Por debajo de la pensión media se encuentran Castilla y León (838,02 euros), La Rioja (824,21 euros), Canarias (802,13 euros), Castilla-La Mancha (800,14 euros), Comunidad Valenciana (789,41 euros), Baleares (785,94 euros) y Andalucía (779,98 euros). Las CCAA con las pensiones menos cuantiosas son Murcia, con una pensión media de 756,83 euros mensuales, Extremadura con 724,87 euros, y Galicia con 721,78 euros al mes.

Podemos resumir que las pensiones de jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y a favor de familiares están en el límite de la pobreza, siendo en gran parte insuficientes para atender las necesidades de este colectivo. El copago supondrá incrementar la precariedad económica de estos colectivos y acrecentará las desigualdades de salud y renta entre la población de las comunidades autónomas.

Algunos copagos incrementarán las desigualdades, tanto por renta como por lugar de residencia. Las personas que viven en el medio rural están más alejadas de los centros sanitarios, especialmente en las Comunidades Autónomas como Galicia, las dos Castillas o Extremadura, de población dispersa y envejecida. En estas comunidades una parte importante de los enfermos con necesidades de desplazamiento en ambulancia tendrán que hacer frente a grandes gastos para trasladarse a los centros especializados, lo que supone una discriminación imposible de justificar. Numerosos estudios muestran en el medio rural las personas disponen de menores ingresos económicos y más de un 60% carecen de vehículo propio. Estas medidas además de injustas e irracionales, limitarán el acceso de personas con enfermedades crónicas, discapacidad y escasos recursos a los tratamientos especializados, pese no haber sido decididos por ellos. Es inaceptable que se pongan barreras de acceso a los servicios a los colectivos de personas con grandes necesidades asistenciales que deberían tener prioridad en la atención y el acceso a los cuidados.

Merece destacar por su trascendencia sanitaria y social que los copagos afecten de manera especial a las personas con cáncer: Los copagos en medicamentos, en transporte no urgente y en los productos ortoprotésicos y dietoterápicos no excluyen a este colectivo muy vulnerable. Sus consecuencias ya se están empezando a evidenciar en pacientes y familias afectadas por la crisis y por las reducciones de ingresos por bajas laborales y otros problemas económicos asociados a una patología tan grave. Pese a ello los pacientes oncológicos no se incluyen en los grupos de excluidos de copago. La modificación del porcentaje de la aportación que debe realizar el usuario en fármacos (como antineoplásicos o analgésicos, entre otros), para pensionistas y trabajadores en activo, afecta significativamente a los pacientes oncológicos, dando lugar a situaciones irracionales como es la discriminación de los pacientes con quimioterapia de administración intravenosa (gratis, administrada en el hospital) respecto a los que reciben quimioterapia de administración oral (sujeta a copago), pese a que la finalidad de ambos es la misma: la curación o el control de la enfermedad. El gasto farmacológico de los pacientes oncológicos más vulnerables económicamente puede llevarles a interrumpir sus tratamientos con evidente riesgo para su salud. Los pacientes afectados por cáncer y otras enfermedades graves y prolongadas con una situación económica precaria podrían llegar a

interrumpir la continuidad del tratamiento con el riesgo consiguiente para la supervivencia del paciente y/o una disminución de su calidad de vida, al no poder costear aquellos tratamientos destinados a aliviar efectos secundarios. Muchos de estos últimos forman parte de los 400 medicamentos destinados a tratar síntomas considerados como menores (molestias gástricas, náuseas, vómitos, estreñimiento, mucosidades, etc.) que quedaron fuera de la financiación pública.

Aunque las prótesis de mama, continúan siendo de aportación reducida (el paciente sólo paga el 10% del precio), su coste es elevado oscilando entre 166 y 300 euros. Otros productos como sujetadores adaptados, pelucas, o cremas y geles especiales para pieles radiadas, de extrema necesidad para un paciente de cáncer son abonados al 100% por los afectados. Con todo, el mayor gasto se produce en el desplazamiento para recibir sesiones de radioterapia o quimioterapia en los hospitales, que afecta de manera especial a los pacientes que viven en zonas rurales alejadas de su hospital de referencia,

Un ejemplo ilustra esta tremenda situación:

Mujer de 55 años con cáncer de mama y linfedema, trabajadora en activo con una renta de 18.000 euros (1.300 euros al mes), que vive en un medio rural, tras un período de 8 meses de tratamiento

Tabla 5. Gasto en copagos mujer afectada por cáncer de mama

Gastos en medicamentos para tratar efectos secundarios Protección gástrica, náuseas, dolor, mucositis, anestesia boca, laxante, dermatitis piel	101,54 euros
Gastos orto-prótesis: Prótesis mama, sujetador adaptado y peluca	270 euros
Trasporte ida y vuelta a hospital para radioterapia (25 días) y quimioterapia (22 días), consultas y pruebas	1.546,54 en transporte público (25 euros viaje) 451,54 en ambulancia no urgente
Si necesita medicación de dispensación hospitalaria (antineoplásico, protector gástrico, antidiarreico y anti-vómitos)	78,47 euros
Gasto total con transporte ambulancia	900 euros
Gasto total en transporte público	2.000 euros

Fuente: Asociación Española contra el Cáncer

El copago del transporte establece una aportación del usuario con un límite máximo en función de la renta, y una categoría de aportación reducida para las personas que requieran traslados periódicos por un período superior a seis meses, con una frecuencia de al menos cuatro traslados semanales del domicilio al centro sanitario y viceversa. Sin embargo, los pacientes de cáncer no entran en este grupo, ya que el tratamiento, aunque pueda superar los seis meses, no requiere un mínimo de cuatro traslados semanales.

La importancia y gravedad de esta situación se evidencia por el hecho de que cada año 200.000 personas son diagnosticadas de cáncer en España existiendo más de 1,5 millones de ciudadanos con algún tipo de enfermedad oncológica. Con el aumento de población en riesgo de pobreza y exclusión social y la disminución en prestaciones sociosanitarias, la situación de puede acabar en hecatombe para los afectados de cáncer.

La situación se puede agravar aún más con los cambios previstos en la Cartera de Servicios. La Cartera Común de Servicios Accesorios (aún por concretar), puede ser determinante para los pacientes de cáncer como son la atención psicológica, la rehabilitación de secuelas o las actuaciones preventivas (cribados).

Numerosas organizaciones de pacientes y usuarios han denunciado esta medida:

La Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH) denunciaba que la Administración ignora sistemáticamente la elevada prevalencia de afectados por esta enfermedad.

La Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), remitía una carta a la Ministra Mato expresando el impacto que supondría en los enfermos de patologías hepáticas.

La Federación Española de Padres de Niños con Cáncer recordaba que la medida perjudica a los niños y adolescentes enfermos de cáncer.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha calificado de plenamente injustificado el copago de fármacos de dispensación hospitalaria ya que, a su juicio, es una medida que plantea dificultades en su aplicación, no contribuye a racionalizar el consumo ni sirve como instrumento de financiación adicional.

FACUA-Consumidores en Acción acusó al Gobierno y, concretamente a Sanidad, de llevar a cabo una nueva agresión a los enfermos que padecen enfermedades crónicas o graves.

Por último cabría recordar que dentro de los pacientes con cáncer el colectivo más vulnerable es el de los inmigrantes que no tienen regularizada su situación y que han sido excluidos de la tarjeta sanitaria.

Esta situación se verá agravada al paralizarse la Ley de Dependencia y con la aprobación la Nueva Ley de Régimen Local.

Crece el copago que deben sufragar los usuarios que accedan a las prestaciones de la Ley de Dependencia. Las medidas aprobadas en 2012 generaron un ahorro de 1.108 millones, y se han introducido nuevos recortes pendientes en el 2013, con un incremento de las aportaciones de los beneficiarios al coste de los servicios de un 5%.

Se ha incrementado la parte que le corresponde pagar al ciudadano con la idea de hacerlo en una perspectiva de implantación progresiva en 3 años. El Ministerio ha recortado el gasto en 339 millones de euros, incrementado el porcentaje a pagar por los usuarios en función de su capacidad económica en las residencias (un 86% de los ingresos en Madrid), mientras que en los Centros de Día se cobran una cantidad fija de 5,5 euros diarios. Se pretenden conseguir un ahorro de 489 millones de euros, disminuyendo la partida de dinero que se asigna a las prestaciones económicas que reciben los beneficiarios. La ley estipulaba estas prestaciones como algo, en principio, “excepcional” pero se han ido convirtiendo en la manera de paliar las listas de espera a la hora de acceder los dependientes a los servicios.

El Estado ha congelado su aportación a la Ley de Dependencia (pagara 1.087.179.320 euros en 2014) prácticamente lo mismo que en 2013. Mientras el presupuesto se congela hay 200.000 expedientes ya valorados y con prestaciones concedidas que no han recibido ninguna ayuda. El recorte alcanza los 1.029 millones de euros, lo que supone una bajada del 47%. Como consecuencia muchas CCAA están revisando expedientes antiguos y retirando la prestación económica a algunos dependientes. En él 2012 el Gobierno hizo incompatible cobrar una prestación por dependencia con recibir una ayuda a domicilio, algo que se está revisando al retirar la prestación económica y ofertando ayudas a domicilio, que el dependiente deberá pagar en parte como copago en función de su capacidad económica (para que sea gratuita hay que estar prácticamente en la indigencia). El Gobierno entiende que el Estado no tiene que asumir los costes de un gran dependiente y pretende ofertar al sector privado una importante oportunidad de negocio. Se calcula que en 2040 habrá 20 millones de personas dependientes, existiendo ya ofertas de seguros de atención a la dependencia. En definitiva se está intentando pasar a manos privadas una obligación que tiene el Estado, por ser un derecho subjetivo (como las pensiones).

Los cambios previstos por la Nueva Ley de Régimen Local pretenden eliminar las prestaciones sociales a cargo de los municipios que incluyen servicios de información, valoración, diagnóstico y orientación para la población; Servicios de Ayuda a Domicilio y apoyos a la unidad de convivencia familiar; actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo y necesidad social; gestión de prestaciones destinadas a emergencia social; ayudas económicas, destinadas a la población en general empadronada en ese distrito, localidad o municipio; Servicios de Ayuda a Domicilio, Tele-asistencia, Renta Mínima de Inserción, Ayudas Económicas de Emergencia, inserción social, comedores o albergues de inmigrantes.

La reforma afectará a 2,6 millones de beneficiarios de prestaciones y 30.000 plazas en residencias de mayores. Esta Ley aboca a la privatización (con copagos) o cierre de estos servicios que prestan los Ayuntamientos. La norma contempla retirar las competencias en servicios sociales a las entidades locales —las que conocen más a fondo las necesidades de los vecinos y prestan una atención más cercana— y trasladar la responsabilidad de la asistencia a las autonomías. Ese tránsito de titularidad se producirá en un momento de asfixia financiera de las comunidades autónomas, que han reducido sus recursos para servicios sociales, por lo que difícilmente podrán encargarse de los de los ayuntamientos. Se desconoce qué servicios serán asumidos por las CCAA, y cuantos deberán cerrarse o privatizarse, dado que el recorte en el gasto público sea uno de los principios que han inspirado la nueva ley. Las consecuencias pueden ser muy graves para las personas y familias más afectadas por la crisis, en unos momentos de auténtica emergencia social. Se pretenden recortar gran parte de los 1.800 millones de euros de las residencias municipales.

El *Pacto de Estabilidad Presupuestaria* de la Unión Europea estableció en el año 1997 que los gobiernos no podrán superar el 3% de déficit público y el 60% de deuda pública sobre el PIB a precios de mercado. Para alcanzar estos objetivos el 29 de mayo de 2013, el Consejo Europeo aprobó una recomendación para extender hasta 2016 el plazo para que España controlara su déficit público fijando unos objetivos de 6,5% del PIB en 2013, del 5,8% del PIB en 2014, del 4,2% del PIB en 2015 y del 2,8% del PIB en 2016: Cumplir con los mismos supondrá un brutal recorte de gasto social que recae esencialmente sobre las CCAA que deberán recortar sus presupuestos en 8.000 millones de euros, por lo que no podrán hacerse cargo de las prestaciones sociales que realizan en la actualidad los ayuntamientos, que deberán cerrar o ser privatizadas (pagadas directamente por los usuarios que tengan capacidad de compra, y que por los datos aportados anteriormente son una minoría). Por tanto la Nueva Ley de Régimen local incrementará también (y de manera brutal), el pago directo por servicios sociosanitarios. (Carraso 2011).

Los copagos reducirán la renta disponible de una importante de los pensionistas que no podrá hacer frente a los mismos y que dejara de hacer uso de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

El copago atenta contra los pilares de nuestro sistema sanitario como son la Universalidad, la solidaridad y su carácter redistributivo.

Esto es especialmente importante en momentos de crisis como la actual, que aumenta la enfermedad y la mortalidad entre los grupos de población más pobre. La financiación del sistema sanitario mediante impuestos se basa en un esfuerzo solidario de las personas más sanas y con mayores ingresos a favor de quienes están más enfermos y tienen menos recursos, lo que además contribuye a la cohesión social. El pago por consulta es especialmente regresivo porque penaliza a quienes tienen más necesidad de utilizar el sistema sanitario, es decir, los más enfermos.

¿Cuánto ha recaudado el nuevo copago durante su primer año de vigencia?

Gasto farmacéutico en recetas del SNS y número de recetas: el Ministerio informa mes a mes del número de recetas del SNS facturadas, del gasto por receta y del gasto farmacéutico en recetas del SNS. A partir de estos datos se puede confeccionar la siguiente tabla y figuras.

Tabla 6. Evolución del número de recetas y gasto farmacéutico 2012-2013

Periodo	Nº de recetas	Gasto Farmacéutico
Julio 2011 a Junio 2012	984.274.155	10.876.885.823
Agosto 2011 a Julio 2012	973.120.968	10.651.837.568
Septiembre 2011 a Agosto 2012	965.897.660	10.471.162.137
Octubre 2011 a Septiembre 2012	949.554.884	10.238.836.537
Noviembre 2011 a Octubre 2012	939.497.116	10.072.227.597
Diciembre 2011 a Enero 2012	928.834.734	9.945.651.367
Enero 2012 a Diciembre 2012	913.696.400	9.770.770.039
Febreo 2012 a Enero 2013	903.625.237	9.651.998.101
Marzo 2012 a Febrero 2013	889.673.597	9.492.481.892
Abril 2012 a Marzo 2013	872.641.432	9.289.308.304
Mayo 2012 a Abril 2013	868.580.653	9.233.866.364
Junio 2012 a Mayo 2013	859.232.054	9.124.330.998
Julio 2012 a Junio 2013	839.576.903	8.900.417.642

Fuente: Revista ITSNS

En el año 2010 las recetas a pensionista representaban el 71,13% del total, durante el primer año de vigencia del copago farmacéutico (desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013) se han facturado 840 millones de recetas, de estos 840 millones de recetas, 588 millones (aproximadamente el 70%) son de pensionistas y 252 millones de activos. Tendríamos una recaudación aproximada de 470 millones de euros procedentes del copago hecho por los pensionistas y de 756 millones de euros procedentes del copago hecho por los activos. En total, unos 1.226 millones de euros de recaudación para el primer año de implantación de copago una cifra bastante inferior a la prevista por el Ministerio de Sanidad de 1.976,4 millones de euros en el primer año del nuevo modelo de participación del usuario. Este ahorro no puede atribuirse totalmente, al copago pues junto con esta medida coincidieron otras como la exclusión de la financiación pública de aproximadamente 400 medicamentos y modificaciones en sistema de precios de referencia.

Los datos del gasto farmacéutico de recetas de la Seguridad Social a finales del año 2013 reflejan un incremento respecto del 2012 (a pesar de las manipulaciones del Ministerio de Sanidad que los compara con los del año 2011). Los datos de noviembre, hechos públicos el 28 de diciembre por el Ministerio de Sanidad, vuelven a demostrar que el gasto farmacéutico sigue creciendo respecto a 2012 (9,75 en septiembre, 5,5% en octubre y 4,84% en noviembre). Además los datos del Ministerio del 2011 y 2013 (gasto total, gasto medio por receta y número de recetas) no son comparables porque, como antes se explicaba, se han retirado de la financiación pública medicamentos de bajo coste y de utilización muy frecuente, lo que impide comparar los datos de número de recetas y coste medio de las mismas al haberse producido un traslado de gasto público a gasto privado mediante los copagos y la exclusión de financiación.

Este incremento del gasto recoge un fenómeno, que ya se había producido en anteriores exclusiones de medicamentos de la financiación pública, que es el desplazamiento de la prescripción médica hacia medicamentos que continúan siendo financiados y que son mucho más caros. En resumen la política la del Ministerio de Sanidad solo favorece a las empresas farmacéuticas a costa de la salud de las personas con menos recursos económicos y más problemas de salud.

Sin embargo el copago ha hecho que el consumo de fármacos caiga alrededor de un 6%, y que el número de recetas baje un 7%. (El País 29 agosto 2012), cifras muy alejadas del 14,14% en la disminución del número de prescripciones y el 23,9% en el gasto manejadas por el Ministerio de Sanidad, que comparó los datos de julio de 2012 y 2011 en lugar de todo el período, que obvió el efecto de acaparamiento de fármacos en el mes de junio antes de la entrada en vigor del RD 16/2012 por parte de los afectados.

En otro estudio publicado por el periódico el País el 29 de agosto de 2012 se concluía que el copago redujo el consumo de fármacos en un 6%, y el número de recetas en otro 7%. Estas cifras están muy alejadas del 14,14% en la disminución del número de prescripciones y el 23,9% en el gasto que manejaba el Ministerio de Sanidad.

El gasto farmacéutico por recetas en octubre de 2013, según datos del Ministerio de Sanidad, mostro un incremento respecto del mismo mes de septiembre del 2012 del 5,5% en octubre (9,75% en septiembre). Esto se debe al “efecto sustitución” que demuestra que cuando se retira la financiación pública a medicamentos de bajo coste (antigripales, analgésicos, antiinflamatorios) los profesionales acaban sustituyendo la prescripción de los mismos por otros de efectos similares y de mayor precio pero que mantienen la financiación pública para no perjudicar a sus pacientes.

Otro impuesto indirecto como fue el euro por receta que gravaba los medicamentos en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid fue retirado por mandato judicial por que atentaba contra la equidad del sistema.

A fin de conocer la repercusión práctica de estos copagos sobre la utilización de medicamentos por los pensionistas la FADSP ha realizado una encuesta en las consultas de 30 médicos generales, de la Comunidad de Madrid a pensionistas que acudieron a consulta no urgente (40). Los médicos fueron seleccionados en centros de salud que

cubrieran las diferencias socioeconómicas de la Comunidad y los pacientes encuestados elegidos de manera aleatoria, y se recogieron datos generales de consumo de medicamentos y renta de los pensionistas. Las encuestas (992) fueron efectuadas en los meses de noviembre y diciembre de 2012, es decir antes de la instauración de la tasa del euro por receta, ofrecieron algunos resultados no por esperados menos significativos.

El establecimiento del copago sobre los pensionistas tiene una clara repercusión en cuanto a la disminución de la renta disponible de estos. Supone 11,18 € de promedio mensual por persona, lo que en familias con dos miembros (lo más frecuente entre los encuestados, el 61,39% de los casos) supone duplicarla.

Un elevado porcentaje de pensionistas (el 16,83%) no retiraron alguno de los medicamentos prescritos a partir del establecimiento del copago, significativamente superior en las rentas más bajas, de manera que el 27,29% de los que tenían una renta inferior a 400 € mensuales no retiraron de la farmacia los medicamentos prescritos (el 13,69% en rentas entre 400 y 800 € y el 1,5% en las rentas superiores a 800 €/persona/mes). Un total de 596 personas (60,08%) consumían alguno o varios de los medicamentos excluidos de la financiación pública. De ellos 248 (25% del total, el 41,61% de los que los consumían) siguieron haciéndolo con un coste medio mensual de 7,06 € que habría que sumar en estos casos al copago farmacéutico. Además de las 167 personas que dejaron de utilizar un medicamento prescrito, un total de 20 siguieron consumiendo medicamentos excluidos de la financiación, es decir optaron por consumir medicamentos para síntomas menores abandonando otros medicamentos que están considerados como de mayor utilidad terapéutica.

Como se ha analizado el copago ha producido el efecto que ya se había observado en otros países como es que algunos pensionistas han dejado de consumir medicamentos prescritos, especialmente los de menor renta, por lo que supone que afecta a los más pobres. El copago y las recetas no consumidas son la causa principal de la disminución del gasto por recetas, es decir no se ha reducido realmente el gasto sino que este se ha trasladado el gasto a los bolsillos de los pensionistas. Queda por analizar la repercusión sobre la salud de esta reducción en la utilización de medicamentos y es previsible que la suspensión de los tratamientos prescritos produzca un empeoramiento de las enfermedades de base al agravamiento de las mismas e incluso un aumento de la mortalidad.

1º- Solo limita el acceso a los servicios a las personas de bajo nivel de renta, que empieza a ser mayoritaria dado que la pobreza afecta ya al 25% de la población, el 60% de los asalariados que ganan menos de 1.000 euros al mes, los jóvenes soportan un paro superior al 60% del colectivo, o los ancianos que se acercan al 25% de la población y perciben unas pensiones muy bajas.

2º- Disuade el consumo de servicios innecesarios pero también de los necesarios, lo que supone un riesgo para la salud y un agravamiento de los procesos cuyo tratamiento acaba siendo más costoso.

3º- No demuestra capacidad para contener la demanda de atención, que incluso, en algún caso, se ha incrementado

4º-No mejora el uso racional de los recursos ya que no influye sobre el mecanismo asociado al aumento de la demanda y de la utilización de los recursos. La mayoría de las consultas (entre el 80% y el 90%) que se realizan en el Sistema Nacional de Salud son indicadas por los profesionales sanitarios o son actos administrativos (revisiones, controles, consultas para recibir resultados, derivaciones a los especialistas, bajas laborales, etc.). Este hecho es todavía más relevante en la prestación farmacéutica ya que todos los fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud han sido prescritos médicos del mismo.

5º- El copago sólo tienen una finalidad recaudatoria y de dificultar el consumo de fármacos por los pacientes que más los necesitan, con los efectos negativos para su salud.

6º- Económicamente es ineficiente ya que la gestión de la recaudación de los copagos precisa incrementar el aparato burocrático-administrativo, que lleva asociados un incremento del gasto.

7º- Afecta negativamente a la promoción y prevención de la salud. La introducción de copagos, para ser eficaces, debería aplicarse en servicios donde la elasticidad-precio sea mayor, que son precisamente los de carácter preventivo. Es decir debería aplicarse a las actividades de promoción y prevención de la salud para limitar su utilización, lo que va contra la lógica sanitaria y sería desastroso para la salud de la población.

8º- Estigmatiza a los más pobres y necesitados: Asociar el copago con los niveles de renta presentan importantes problemas de tipo operativo y administrativo dada la dificultad de determinar el nivel económico de las personas cuyas rentas no proceden del trabajo. Identificar a personas con bajos niveles de ingresos mediante documentos identificativos para acreditar el derecho a exenciones o copagos reducidos.

Los copagos llevan asociados conflictos políticos

Los resultados de un estudio Delphi promovido por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, el Foro Español de Pacientes, la Universidad de los Pacientes y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), sobre el desarrollo de la Sanidad Pública en los próximos quince años, mostró que 151 líderes de organizaciones sociales, de usuarios y pacientes del sistema público coincidieron en su rechazo al copago

Gran parte de los responsables políticos que forman parte del actual gobierno, incluyendo el presidente Rajoy, mostraron su rechazo al copago y prometieron no aplicarlo. En este sentido la ex ministra de Sanidad Ana Pastor (actual responsable de la Cartera de Fomento) tachó en una intervención en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (recogida por la revista Jano On-line el 6/7/2004) de “verdadera barbaridad” el recurrir al

copago para ayudar a financiar la sanidad pública “No hay nada que haga más desigual a los desiguales”.

En numerosas CCAA se han producido movimientos de protesta y movilizaciones contra los copagos como en Galicia, Cataluña, Madrid, etc. Protagonizadas en gran medida por las Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública que integran a la mayoría de las organizaciones sociales, sindicatos, partidos políticos, organizaciones profesionales, ONGs, etc.

La Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH) denunciaba que la Administración ignore sistemáticamente la alta prevalencia de afectados por esta enfermedad; la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), remitía una carta a Mato expresándole el impacto que supondría en los enfermos de patologías hepáticas; y la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer recordaba que la medida perjudica a los niños y adolescentes enfermos de cáncer. Por su parte, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha calificado de plenamente injustificado el copago de fármacos de dispensación hospitalaria ya que, a su juicio, es una medida que además de ser de difícil aplicación no contribuye a racionalizar el consumo ni sirve como instrumento de financiación adicional. Por último FACUA-Consumidores en Acción acusó al Gobierno y, concretamente a Sanidad, de llevar a cabo un “nuevo ataque” contra los enfermos que padecen enfermedades crónicas o graves.

Como consecuencia los responsables políticas e las Comunidades Autónomas de Canarias, Andalucía, Aragón, Euskadi, Catalunya, Comunidad Valenciana, Extremadura, Castilla y León y Baleares anunciaron que no aplicarán en sus comunidades la implantación del copago de medicamentos de dispensación ambulatoria en los hospitales.

A mediados de enero el 2014 el Consejo de Estado, órgano consultivo de carácter más bien conservador presidido por el ex -Ministro de Sanidad con Aznar, no ve ni ahorro ni racionalización del uso en el transporte hospitalario no urgente en la aplicación de un copago de 5 euros por trayecto (10 de ida y vuelta) por que no servirá para los supuestos objetivos para los que fue creada como es ahorrar o conseguir la racionalización del uso del servicio. Considera que las Comunidades Autónomas ganarán cobrando a los pacientes por sus traslados se que gastarán en la gestión del sistema de copago y en cuanto a la contribución de la racionalización del uso de ambulancias, limitándolo a casos realmente necesarios por motivos exclusivamente clínicos, considera que los criterios para decidir quién puede usar este tipo de transporte son similares a los que rigen actualmente. También critica que no se haya realizado estudios de impacto de la medida en los pacientes. Por lo que insta al Ministerio a revisar dicha normativa.

Posteriormente a este informe el gobierno ha paralizado la aplicación del copago al transporte no urgente en ambulancias, las prótesis, ortesis y alimentos especiales. Lo que supone la primera marcha atrás en la estrategia puesta en marcha por el actual gobierno del PP para generalizar el pago por los servicios sanitarios, algo probablemente relacionados con los posibles costes electorales de los mismos.

Consecuencias asociadas a los copagos

Introduce un nuevo impuesto que grava la enfermedad, con una tasa por asistencia sanitaria e incrementa 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).

1. Dificulta el acceso de amplios sectores sociales a la asistencia sanitaria.
2. Incrementa 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.
3. Reduce 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.
4. Afecta a los programas y actividades de promoción y prevención de salud y de seguimiento de enfermos crónicos y generaría tensiones entre sanitarios y usuarios.

5

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
- 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.
- No parece conformarse que globalmente exista una utilización excesiva de los servicios sanitarios.
- 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 pretendan introducir nuevos copagos.
- 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.

6 Propuestas para hacer frente a los problemas que condicionan la sostenibilidad del sistema sanitario público

Aunque queda claro los graves problemas técnicos y políticos, la insuficiencia y la inequidad que plantea el copago como fórmula para financiar el sistema sanitario, es necesario proponer medidas alternativas para abordar la insuficiencia económica del sistema sanitario público que pone en riesgo sus sostenibilidad y que permitan además mejorar su nivel de eficiencia, racionalidad y equidad:

1) Mejorar de la financiación sanitaria

Incrementar el presupuesto sanitario públicos hasta situar el gato público en el promedio de los países de la UE-15. Cambiar el modelo de financiación basado esencialmente en impuestos indirectos transferidos a las CCAA.

2) Dotar de carácter finalista de la financiación sanitaria

La financiación sanitaria debe de dirigirse a las CCAA con carácter finalista estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.

3) Mejorar la cohesión del SNS mediante en Plan Integrado de Salud

La aprobación del Plan Integrado de Salud debe de servir para establecer los objetivos comunes al conjunto del SNS y también para determinar las necesidades de salud de las CCAA y los presupuestos necesarios para atenderlas. Es muy importante el papel del Consejo Interterritorial del SNS en su elaboración y aprobación.

4) Reducir el gasto farmacéutico

Con el objetivo de disminuir en 5.200 millones de € anuales el gasto farmacéutico habría que avanzar en las siguientes medidas:

- Aumentar el consumo de medicamentos genéricos hasta alcanzar el 50% del gasto farmacéutico.
- Establecer la financiación por equivalentes terapéuticos.
- Limitar el marketing/ promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud.
- Establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los profesionales.

5) Disminuir la utilización tecnológica ineficiente

Se trataría de reducir la variabilidad de la práctica clínica (al menos en 10 puntos las utilizations sin indicación) y de mejorar la adecuación de la utilización de la tecnología. El ahorro potencial de estas medidas es muy alto, pero también hay que ser conscientes de que su efecto solo puede producirse a medio y largo plazo y precisan de la colaboración de los profesionales de la salud.

En esta línea habría que avanzar en:

- Formación de los profesionales en medicina basada en la evidencia.
- Evaluación de la asignación y utilización tecnológica para adecuarla a las necesidades de salud de la población.
- Establecimiento de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Potenciar una agencia de calidad del SNS de carácter público que evalúe la práctica clínica y el funcionamiento de centros y servicios sanitarios.
- Revertir al sistema público la evaluación y gestión de los recursos tecnológicos externalizados.

6) Potenciar la Atención Primaria de Salud.

Desarrollar las líneas de la estrategia de AP21 consensuado por el Ministerio de Sanidad y los responsables de la CCAA en el Consejo Interterritorial con las principales organizaciones profesionales y sindicales del sector para mejorar recursos y el funcionamiento la AP y su situación presupuestaria.

7) Favorecer la integración de la Atención Primaria y la especializada

Que precisaría el desarrollar canales de información entre ambos niveles y establecer criterios comunes de abordaje de los problemas de salud más prevalentes, que permitan evitar duplicaciones de actuaciones innecesarias.

8) Despolitizar la gestión sanitaria

Crear la especialidad en gestión sanitaria, que las plazas de gestión de los centros sanitarios se asignen atendiendo a criterios profesionales (en lugar de afinidad político-partidaria) y establecer sistemas de participación ciudadana y profesional en la planificación, gestión y control de los servicios sanitarios.

9) Revertir el proceso de privatización

Hay que cesar las nuevas privatizaciones y volver a integrar en la red pública a los centros privatizados y los servicios externalizados a multinacionales, fondos de inversión y

auditoras. Abandonar el modelo de colaboración público-privada para construir y gestionar los centros sanitarios públicos permitiría conseguir un ahorro de más del 70% de su coste.

10) Crear una agencia de compras del Sistema Nacional de Salud

Para permitir el uso de las ventajas de las economías de escala en las compras del sistema sanitario público abaratando costes.

Como resumen final se puede concluir que el objetivo del copago es introducir el mercado en la sanidad pública (privatización de la misma), convertir la salud en una mercancía más objeto de negocio y abrir espacio a los seguros privados para cubrir los servicios que dejen de estar incluidos en la Cartera Básica de Servicios.

Bibliografía

- ADAMS AS, Soumerai SB, Ross-Degnan D (2001) The case for a medicare drug coverage benefit: a critical review of the empirical evidence. *Annu Rev Public Health* 22: 49–61.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. “Informe sobre el impacto de las medidas del RD Ley 16/2012 sobre el Colectivo de pacientes con cáncer”. Enero de 2013
- ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID. “Informe sobre el impacto de los recortes en el funcionamiento de la AP en la Comunidad de Madrid” Noviembre 2013
- ASTRID Kiil Kurt Houlberg: How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011 *Eur J Health Econ* DOI 10.1007/s10198-013-0526-8 (2011)
- ATELLA V, Peracchi F, Depalo D, Rossetti C (2006) Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *Health Economics* 15: 875–892.
- ATLAS DE VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. www.atlasvpm/avpm.
- AUBERT RE, Yao J, Teagarden JR, Epstein RS (2012) Greater Adherence To Diabetes Drugs Is Linked To Less Hospital Use And Could Save Nearly \$5 Billion Annually. *Health Affairs* 31: 1836–1846
- AUSTVOLL-DAHLGREN A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, et al. (2008) Pharmaceutical policies: Effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- BARRY M, Usher C, Tilson L (2010) Public drug expenditure in the Republic of Ireland. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 10: 239–245.
- BROOK, R.H., et al.: Does free care improve adults’ health? Results from a randomized controlled trial. *N. Engl. J. Med.* 309(23), 1426–1434 (1983)
- CARRASCO Durán, Manuel. Estabilidad Presupuestaria y Comunidades Autónomas www20.gencat.cat
- CHERRY SB, Benner JS, Hussein MA, Tang SSK, Nichol MB (2009) The Clinical and Economic Burden of Nonadherence with Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy in Hypertensive Patients. *Value in Health* 12: 489–497.
- CHOUDHRY NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss S, et al. (2011) Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *N Engl J Med* 365: 2088–2097
- EADDY MT, Cook CL, O’Day K, Burch SP, Cantrell CR (2012) How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: a literature review. *P T* 37: 45–55.

-EUROSTAT

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Government_finance_statistics/es

-EUROSTAT.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Government_finance_statistics/es

- EUROPA PRESS. 29/04/2012 www.losrecursoshumanos.com

- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA. Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2013 Septiembre 2013. www.fadsp.org

- FLASKERUD JH, Winslow BJ (1998) Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nursing Research* 47: 69–78.

- GIBSON TB, Ozminkowski RJ, Goetzel RZ (2005) The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *American Journal of Managed Care* 11: 730–740.

- HO PRJSMFA, et al. (2006) Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine* 166: 1836–1841.

- LEE IH, Bloor K, Hewitt C, Maynard A (2012) The effects of new pricing and copayment schemes for pharmaceuticals in South Korea. *Health Policy* 104: 40–49.

- LEXCHIN J, Grootendorst P (2004) Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: A systematic review of the evidence. *International Journal of Health Services* 34: 101–122.

- LOHR, K.N., et al.: Use of medical care in the RAND health insurance experiment. *Med. Care* 24(9 Suppl), S1–S87 (1986)

- LOUCKX, F.: Patient cost sharing and access to health care. In: Mackenbach, J., Bakker, M. (eds.) *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, pp. 188–198. Routledge, London (2002)

- McCOMBS JS, Nichol MB, Newman CM, Sclar DA (1994) The Costs of Interrupting Antihypertensive Drug Therapy in a Medicaid Population. *Medical Care* 32: 214–226

- McPAKE B, Normand C (2008) *Health economics: an international perspective* -2nd ed. Oxon: Routledge.

-OCDE Health Static 2011. www.oecd.org/els/health-systems/healthstatistics.htm

- OCDE Health Data 2013. www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm

- OECD (2011) ‘‘Pharmaceutical expenditure’’, in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*: OECD Publishing

- ROVIRA, J., et al.: Comparing cost-sharing in European Union member states: a system-oriented framework. In: Leidl, R. (ed.) *Health Care and Its Financing in the Single European Market*, pp. 183–211. IOS Press, Amsterdam (1998)

- SARAH-JO SINNOTT, Claire Buckley, David O’Riordan, Colin Bradley, Helen Whelton The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. Plos One May 2013 | Volume 8 | Issue 5 | e64914
- SARAH-JO SINNOTT, Claire Buckley, David O9Riordan, Colin Bradley, Helen Whelton. The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. May 2013 | Volume 8 | Issue 5 | e64914
- SÁNCHEZ-BAYLE, Marciano. “Copagos, impuestos sobre la enfermedad”. Revista de la Fundación, 18 de agosto de 2010
- SÁNCHEZ- BAYLE, Marciano, et. al. Copago sanitario ¿Eficiencia o negocio? Fundación 1º de mayo 2011.
- SHAPIRO, M.F., Ware, J.E., Sherbourne, C.D.: Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial. Ann. Intern. Med. 104(2), 246–251 (1986)
- SIU, A.L., et al.: Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. N. Engl. J. Med. 315, 1259–1266 (1986)
- SOKOL MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS (2005) Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Medical Care43: 521–530
- STUART B, Davidoff A, Lopert R, Shaffer T, Samantha Shoemaker J, et al. (2011) Does medication adherence lower Medicare spending among beneficiaries with diabetes? Health Services Research 46: 1180–1199.

Índice de gráficos y tablas

Gráficos

Gráfico 1. Consultas por habitante/año países de la OCDE 2010	8
Gráfico 2. Altas hospitalarias por 100.000 habitantes países OCDE 2019	9
Gráfico 3. Gasto sanitario per cápita en dólares por paridad de compra. Países OCDE año 2008 (inicio de la crisis económica).....	11
Gráfico 4. Ingresos fiscales en países de la Unión Europea en % de PIB. 2013	13
Gráfico 5. Porcentaje de población países OCDE cubierta por seguros	33
Gráfico 6. Gastos médicos directos como proporción del consumo final de los hogares OCDE 2011	34
Gráfico 7. % de presupuesto familiar destinado a pago sanitario directo OCDE	35
Gráfico 8. Cambio en el gasto directo como proporción del total de gasto en salud, 2000-2011 (o año más cercano) Países OCDE	36

Tablas

Tabla 1. Presupuesto sanitario por habitantes en las CCAA	12
Tabla 2. Ingresos fiscales en % del PIB	13
Tabla 3. Copago en los países de la OCDE	17
Tabla 4. Distribución de las Pensiones en España año 2013	40
Tabla 5. Gasto en copagos mujer afectada por cáncer de mama	42
Tabla 6. Evolución del número de recetas y gasto farmacéutico 2012-2013	46

Últimos Documentos de Trabajo publicados

- 182/2014. **La privatización de la asistencia sanitaria en España.** Marciano Sánchez Bayle
- 181/2013. **Gestión pública del hecho religioso en España.** José M^a Contreras Mazarío.
- 180/2013. **Identidad social, pluralismo religioso y laicidad del Estado.** Ana Fernández-Coronado y Gustavo Suárez Pertierra.
- 179/2013. **El uso de símbolos religiosos en el espacio público en el Estado laico español.** Fernando Amérigo y Daniel Pelayo.
- 178/2012. **Los ciudadanos españoles ante la crisis.** Olga Salido.
- 177/2012. **La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad.** Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo
- 176/2012. **La integración de las energías renovables en el sistema eléctrico.** Alberto Carbajo Josa
- 175/2011. **Los sindicatos españoles: voz e influencia en las empresas.** Carmen García-Olaverrri y Emilio Huerta
- 174/2011. **Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.** Agustín Cañizares Ruiz y Álvaro Santos Gómez.
- 173/2011. **Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.** Javier Rey del Castillo.
- 172/2011. **Reflexiones sobre la atención primaria de salud.** Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet y Josep M. Picas.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solà-Morales.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.
- 169/2011. **Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España.** Braulio Gómez Fortes y Manuel Trujillo Sánchez.
- 168/2011. **El significado y el contenido del centro ideológico en España.** Mariano Torcal Lorient.