editen:

FUNDACIÓ PERE ARDIACA
www.fpereardiaca.org

DEBARRIS, SCCL
www.debarris.com

col·labora

dempeus per la salut pública
dempeus.nireblog.com

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
www.nodo50.org/fadsp/

GREDS EMCONET
www.upf.edu/greds-emconet

amb el suport

Ajuntament de Barcelona
Acció Social i Ciutadania

ISBN: 978-84-938421-1-6

CO-REpagament - Impacte en l'equitat i la salut pública

d'Altres 32

# CO-REpagament

## Impacte en l'equitat i la salut pública

Jornada
"Co-repagament" i equitat en salut pública

dempeus per la salut pública

# CO-REpagament

## Impacte en l'equitat i la salut pública

dempeus per la salut pública
dempeus.nireblog.com

Col·lecció d'Altres nº 32

**Edita:**

DeBarris
www.debarris.com
La Perla, 31
08012 Barcelona

FUNDACIÓ PERE ARDIACA
www.fpereardiaca.org

**amb el suport de:**

Ajuntament de Barcelona
Acció Social i Ciutadania

**Col·laboren:**

dempeus per la salut pública
**dempeus.nireblog.com**

GREDS EMCONET
**Grup de Recerca de Desigualtats en Salut de la Universitat Pompeu Fabra**

**Coberta:** DeBarris sccl

**Imprimeix:** Zukoy5

**D.L.** B-47283-2010
**ISBN** 978-84-938421-1-6

# Índex

Introducció
Celestino Sánchez. President de la Fundació Pere Ardiaca ..... 5

Pròleg
-DEMPEUS, Grup de Recerca de Desigualtats en Salut de la Universitat Pompeu Fabra (GREDS) i Fundació Pere Ardiaca ..... 7

Antecedents de la jornada ..... 11

La jornada

Taula 1: Evidències científiques
Fernando Comas.
-Medicalización de la vida. El pago...? No es el co-pago. ..... 19
Lluís Camprubí.
-Copagament, privatització i equitat: Evidències en la literatura científica ..... 27
Santiago Marimón.
-El copagament en l'agenda de l'estratègia per a una sanitat equitativa sostenible ..... 39

Taula 2: Evidències polítiques i socials
Antoni Barbarà.
-No es CoPagar. Es RePagar ..... 51
Marciano Sánchez Bayle.
-El copago: un impuesto sobre la enfermedad ..... 59
Ramon Morera.
-Copagament i Atenció Primària: qui guanya, qui perd ..... 67
Gaspar Llamazares.
-Copagos, repagos y privatización en el Sistema Nacional de Salud ..... 73

-Els arguments de la Jornada en els mitjans de comunicació
-Entrevista a Àngels Martínez Castells a la revista Sin permiso ..... 83
-Presentació de la Declaració a la revista Pueblos, per Àngels Martínez Castells ..... 91
-Article al diari Público el 9 d'agost del 2010 ..... 95

-Conclusió de la jornada
-Declaració de Barcelona sobre copagament en salut pública ..... 101
-Declaración de Barcelona sobre copago en salud pública ..... 103
-Barcelona Declaration on copayment in public health ..... 105

# Introducció

Amics i amigues, l'objectiu d'aquesta publicació que teniu a les mans no és un altre que donar arguments per preservar el sector de la salut en mans públiques i aixecar la veu per dir que ja n'hi ha prou, la salut no és ni pot ser un negoci. La salut és un dret de ciutadania, és participació i és sempre pública. Aquests són els eixos vertebradors de les tres entitats que han fet possible aquest projecte, DEMPEUS, el Grup de Recerca de Desigualtats en Salut de la Universitat Pompeu Fabra i la Fundació Pere Ardiaca.

Davant l'ofensiva neoliberal d'ampliar nous mercats davant la crisi i marcar-se com a objectiu prioritari ficar la mà a la caixa i fer negoci amb la sanitat pública cal una resposta clara i contundent de la ciutadania. DEMPEUS per la Salut Pública, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública i el Grup de Recerca de Desigualtats en Salut de la Universitat Pompeu Fabra van organitzar el passat 10 de juny del 2010 la jornada "Co-repagament" i equitat en salut pública que és l'eix central d'aquesta publicació, juntament amb altres materials de la plataforma ciutadana DEMPEUS per la Salut Pública.

Cal desarmar aquesta ofensiva amb fonaments científics, polítics i socials que capacitin al nostre poble davant la crisi capitalista que vol fer sang amb la classe treballadora, carregant contra els serveis públics, com el sistema de pensions, l'ensenyament i el de salut, augmentant així les diferències econòmiques i socials, i com sempre, amb un indubtable biaix de gènere.

No m'estendré més perquè des de la Fundació Pere Ardiaca pensem que el que cal és escoltar les bones raons i arguments que ha anat bastint aquest moviment esperançador, analític i combatiu, que és DEMPEUS per la Salut Pública.

**Celestino Sánchez**
*President de la Fundació Pere Ardiaca*



# Pròleg

Aquesta publicació recull les ponències i les conclusions principals presentades a la jornada sobre "Co-repagament" i equitat en salut pública, que va tenir lloc el passat 10 de juny de 2010 a l'Escola ELISAVA de Disseny, i va ser organitzada per DEMPEUS per la Salut Pública [1], la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública [2] i el Grup de Recerca de Desigualtats en Salut de la Universitat Pompeu Fabra[3].

Aquesta jornada es va desenvolupar amb l'objectiu d'aclarir quins eren els fonaments científics, polítics i socials que hi havia al darrera de les amenaces de la possible introducció de la mesura del copagament o repagament -com molt bé introdueix el nostre company, Antoni Barbarà- en l'assistència a la salut, per fer front a les conseqüències de la crisi financera, tal i com s'havia manifestat mesos enrere en diversos posts publicats al blog de DEMPEUS.

En la jornada van intervenir diferents professionals de l'àmbit de la recerca, la política, la gestió i l'atenció en salut i l'objectiu central va ser explicar què vol dir el terme "copagament" dels serveis de salut, en quins àmbits es pot aplicar i quines implicacions pot suposar en l'equitat en salut pública. D'altra banda, també s'ha discutit de manera més general, el problema de la "medicalització" i de com pot afectar aquesta tendència en el "copagament", tenint en compte el paper que juguen els diferents actors: indústries

---

(1) *http://dempeus.nireblog.com/*
(2) *http://www.fadsp.org/*
(3) *http://www.upf.edu/greds-emconet*

farmacèutiques, institucions públiques, professionals de salut i ciutadania en general.

La jornada es va dividir en dues taules temàtiques, en la primera, es va aportar una visió de caire més científic o tècnic, on van intervenir Fernando Comas, Lluís Camprubí i Santiago Marimón. En la segona es va presentar una visió més enfocada a l'àmbit de la gestió i la política, on van intervenir Antoni Barbarà, Ramon Morera, Marciano Sánchez Bayle i Gaspar Llamazares. Finalment, Àngels Martínez va concloure la jornada llegint la Declaració de Barcelona sobre el copagament en salut pública.

Els ponents van presentar les seves aportacions en castellà i català. De la mateixa manera, en aquesta publicació s'ha respectat l'idioma de cadascun dels ponents. La declaració no obstant, es presenta en castellà i català.

Algunes de les conclusions principals de la jornada són que el "copagament" implica en realitat un "repagament", és a dir, que implantar per exemple, un sistema de cobrament per acudir al metge vol dir que un ciutadà hauria de pagar dues vegades per la sanitat, primer, a través dels impostos, i després pagant una quota puntual en el moment de la consulta. D'altra banda, es mostra com des de l'evidència científica el "copagament" es presenta com un instrument poc eficaç per a incrementar els recursos de la salut pública, en la mesura en què els costos administratius que suposaria al sistema podrien superar el possible estalvi. A més a més, el "copagament" no discrimina l'ús apropiat de la salut pública del no apropiat, i l'únic que pot suposar és la reducció de l'ús de les persones més vulnerables, disminuint per tant, l'equitat en salut pública. Aquest ha estat un dels temes centrals que han manifestat els diferents ponents de la jornada. Per últim, algunes de les implicacions polítiques de la introducció del "copagament" són la cessió a l'ajust permanent imposat per ordre del Fons Monetari Internacional (FMI) i d'altres organismes internacionals, així com la mercantilització del sistema de sanitat públic.

El resum i les conclusions principals de la jornada amb les presentacions es pot trobar al blog de DEMPEUS[4] . D'altra banda, també s'ha fet difusió en diversos medis de comunicació, mitjançant articles i entrevistes fetes a algunes persones que formen part del col·lectiu de DEMPEUS. A l'epíleg d'aquesta publicació destaquem per exemple l'article que es va publicar al

[4] *http://dempeus.nireblog.com/post/2010/06/15/dossier-jornada-contra-el-copagament)*



diari Público el 8 d'agost de 2010, l'article a la revista Pueblos, escrit per Àngels Martínez Castells i l'entrevista a Sergi Raventós a Sin Permiso.

Aquesta publicació va dirigida a tots i totes aquells agents implicats i implicades en la recerca, gestió i utilització dels sistemes de salut: institucions públiques, professionals de salut i ciutadania en general i pretén ser una justificació per a la defensa de les mesures anticrisi, com la del copagament dels serveis de salut, que s'estan intentant dur a terme i que podrien posar en greu perill l'equitat en salut pública. És no obstant, la primera de moltes de les manifestacions de desacord sobre aquest tipus de mesures, que volem que des de DEMPEUS, GREDS, la Fundació Pere Ardiaca i la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, arribin a tota la ciutadania, per a què estigui informada i per a què pugui posar-se DEMPEUS per defensar els seus drets a una salut PÚBLICA, equitativa i de qualitat.

**DEMPEUS per la Salut Pública, GREDS i Fundació Pere Ardiaca**

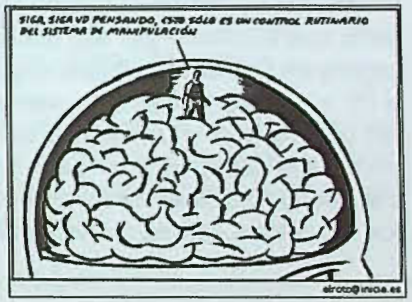
# Antecedents de la jornada

Des del blog de DEMPEUS per la salut pública s'ha vingut anunciant des de finals de 2009 –i fins i tot abans, per part d'alguns companys del col·lectiu, com l'Antoni Barbarà- la possible implantació del "co-repagament" i les diverses valoracions sobre les seves conseqüències en l'equitat en la salut pública. En aquest capítol hem volgut recollir les manifestacions prèvies de DEMPEUS, que van donar lloc als antecedents de la jornada.

En aquest sentit, volem destacar l'anunci del 27 de març de 2010:

**NO VOLEM COPAGAMENT NI ARA NI MAI**

No ens cansarem de repetir que la sanitat pública no és gratuïta, que ens ha costat molt en termes de lluita obrera i ciutadana, i com altres conquestes de salut i benestar, la paguem amb els nostres impostos i amb quantitats prou importants que se'ns descomptem de la nòmina. Si els diners no estan ben administrats no és culpa dels treballadors i les treballadores. Si es gasten milions d'euros en vacunes tan demostradament cares com, pel que s'ha vist, inútils, de qui és la mala gestió? Si ara es poden impulsar de veritat els genèrics i la despesa en medicaments es pot rebaixar amb mesures similars 1.500 milions d'euros anuals, per què no ho han fet abans? I així podríem seguir hores i hores...



No, Sr. Montilla, no es tracta d'un copagament, el que vostès volen es que tornem a pagar pel que ja hem pagat. Diuen que un euro per visita no és molt, que ho pot pagar tothom... Doncs no senyor, els més desfavorits no poden, i a més no tenim perquè pagar més per la incompetència de la seva administració. I si les persones de rendes més baixes fan mans o mànegues per pagar l'euro del re-pagament, què deixaran de comprar? En quina privació repercutirà? Com augmentarà la desigualtat dins la família? No s'adonen que aquestes mesures tenen biaix claríssim de classe... però també de gènere?

I per últim, però no per això lo menys important, com diuen els anglesos, la participació privada en la sanitat pública. Qué vol dir amb que hem de comptar amb el "sector privat i no lucratiu"... però vostè sent el que diu? De veritat es pensa que hi ha alguna mútua que no es regeixi, com a mínim, per interessos corporatius i per tant, no generals ni públics? No seria millor acabar d'una vegada per totes amb aquests privilegis?

I anant al fonamental: Des de quan el que entenem tots i totes per sector privat és no lucratiu? La sanitat catalana és força diferent de la resta de l'estat perquè aquí. durant els més de vint anys de govern de la dreta i aprofitant una història pròpia, es varen consolidar els sistema de concerts amb la sanitat privada. Però això està suposant ara una desviació cada vegada més gran dels diners públics cap el sector privat... Un sector privat que es mou --perquè únicament es mou i té sentit que existeixi-- pel seu afany de lucre. Senyor Montilla, no ens enganyem i sobre tot, no ens vulgui portar a vendre... El que està fen el PP a les autonomies on governa, amb la gestió privada dels hospitals públics, aquí a Catalunya, sota el paraigües dels "concerts" ja fa molts anys que funciona... però no entenem com ara vostè fa costat a la seva Consellera volent justificar unes mesures tan injustes com poc socialistes, i d'una manera massa descarada!



No és això, president, no és això, i no deixarem que ens entabanin amb arguments enganyosos. Per això estem dempeus!

Això deia ahir el president en una conferència en el Cercle d'Economia de Barcelona, davant de 200 empresaris:

**Montilla plantea el debate del copago para un futuro "no muy lejano"**
**Font: Europa press. Barcelona, 26 de Març de 2010.**

*El presidente de la Generalitat, José Montilla, aseguró hoy que en un futuro "no muy lejano" deberá plantearse la introducción del copago en la sanidad pública.*

*De hecho, este era uno de los objetivos que planteó la consellera de Salud, Marina Geli, meses después de acceder al cargo, pero finalmente dio marcha atrás ante la alud de críticas que recibió la posibilidad de que los usuarios de la sanidad pública abonasen un euro por cada visita al médico.*

*En su intervención dentro del ciclo 'Conversaciones Preelectorales' organizadas por el Círculo de Economía, Montilla indicó que mientras que la sanidad pública es totalmente gratuita, "en cambio el copago es un concepto totalmente asumido en los servicios sociales", como queda estipulado en la Ley de Dependencia.*

*"En un futuro no lejano tendremos que plantearnos fórmulas para garantizar la viabilidad del sistema para garantizar el sistema sanitario", aseguró Montilla, citando a los estudios sobre la viabilidad del sistema sanitario que hizo años atrás el actual presidente del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), Miquel Vilardell, en el que planteó el copago.*

*Montilla indicó que, antes de introducir esta medida, hay otras decisiones que deben adoptarse previamente, como la mejora de la eficiencia de los centros sanitarios de utilización pública.*

*En este sentido, aseguró que es necesario contar con el "sector privado y no lucrativo para asegurar la prestación de servicios", característica que define el modelo sanitario catalán y que lo singulariza del resto de comunidades autónomas.*

**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/03/27/no-volem-copagament-ni-ara-ni-mai**

I recomanem també:

**Al blog de l'Antoni Barbarà :**

26/10/2008
Ni copago, ni repago. ¡Ya lo hemos pagado !
**Font:http://bloclaratera.blogspot.com/2008/10/ni-copago-ni-repago-ya-lo-hemos-pagado.html**

31/10/2008
Taxes, retallades, i nou atacs a la salut i la sanitat públiques!
**Font: http://bloclaratera.blogspot.com/2008/10/taxes-retallades-i-nou-atacs-la-salut-i.html**

**Al blog de DEMPEUS:**

05/04/2009
NO al copagament
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2009/04/05/no-al-copagament**

06/11/2009
L'ombra del copagament és allargada
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2009/11/06/lombra-del-copagament-es-allargada**

02/12/2009
Boi Ruiz partidari del copagament i la gestió público-privada
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2009/12/02/boi-ruiz-partidari-del-copagament-i-la-gestio-publico-privada**

26/01/2010
Qui vol el copagament?
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/06/01/qui-vol-el-copagament**
**http://dempeus.nireblog.com/post/2010/03/27/no-volem-copagament-ni-ara-ni-mai**

01/04/2010
Els socialistes catalans a favor del copagament
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/04/01/els-socialistes-catalans-a-favor-del-copagament**

19/04/2010
No al copago sanitario
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/04/19/no-al-copago-sanitario**



24/02/2010
PSC i ERC insisteixen sobre el copagament
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/02/24/psc-i-erc-insisteixen-sobre-el-copagament**

25/05/2010
Dues enquestes, sobre COPAGAMENT
**Font: http://dempeus.nireblog.com/post/2010/05/25/dues-enquestes-sobre-copagament**

26/05/2010
Copagament Repagament: Preu o Valor de la Salut
**Font:http://dempeus.nireblog.com/post/2010/05/26/copagament-repagament-preu-o-valor-de-la-salut**

**Epíleg: els arguments de la jornada als medis de comunicació**

Entrevista a Sergi Raventós a Sin permiso
**http://angelsmcastells.nireblog.com/post/2010/06/13/entrevista-sobre-el-copago-sanitario**

Presentació de la Declaració a la revista Pueblos, per l'Àngels Martínez Castells
**http://angelsmcastells.nireblog.com/post/2010/10/04/menos-equidad-en-salud-la-amenaza-del-co-repago**

Article sobre la jornada al diari Público
**http://dempeus.nireblog.com/post/2010/08/09/els-arguments-contra-el-copagament-repagament-en-primera-pagina**

# La Jornada

## Taula 1
## Evidències científiques

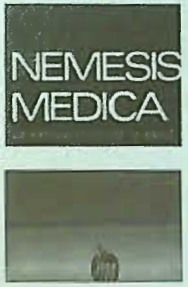
# Medicalización de la vida. El pago...? No es el co-pago.

**Fernando Comas Vega(*)**

*"La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano"*
**Aldous Huxley**
*"Toda persona sana es un enfermo que ignora que lo es"*
**Jules Romain, Knock**

A comienzos de 1999 inicia en Asturias un proyecto cultural importante, la revista ATLANTICA XXII. Para su primer número me convocan, junto a Carlos Ponte presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, a escribir sobre Salud. Coincidencialmente incidimos sobre el mismo tema: Medicalización.

Inicia él, al citar a Henry Gadsden (ex director de Merck) en Fortune, afirmando que su sueño era "llegar a producir medicamentos para personas sanas y así promover un amplio mercado de consumidores."




Por mi parte cito a (Aldous) Huxley: "La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano" y Jules Romain (en Knock): "Toda persona sana es un enfermo que ignora que lo es".

Ello todo responde a lo que Ivan Illich (Viena 4/9/1926-Bre-

---

*(*)Fernando Comas es editor del blog PHARMACOSERÍAS y profesor de Postgrado de Mercadeo farmacéutico en la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela.*

men 2/12/2002), en Nemesis Médica, categoriza como Medicalización y que luego abre a sus denuncias:

*"En los países desarrollados la obsesión por una Salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante".*[1]

"Medicalización" es algo que se define en el Kishore, Diccionario de Salud Pública, en 2002, como:

*"La forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas"*

Por otra parte, el premio Nobel de Economía (1998) Amartya Sen considera que:

*"A más dinero tiene una sociedad (y más gasto sanitario), mayor número de ciudadanos se consideran enfermos".*[2]

Llegando así a que las personas y la sociedad se hacen dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que van induciendo.

La "medicalización" nos lleva a un modelo sanitario caro, con grandes costes que puede poner en peligro la sostenibilidad de la cobertura universal.

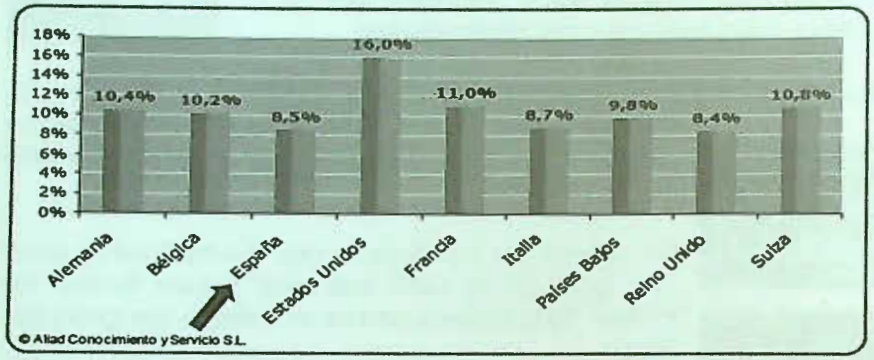
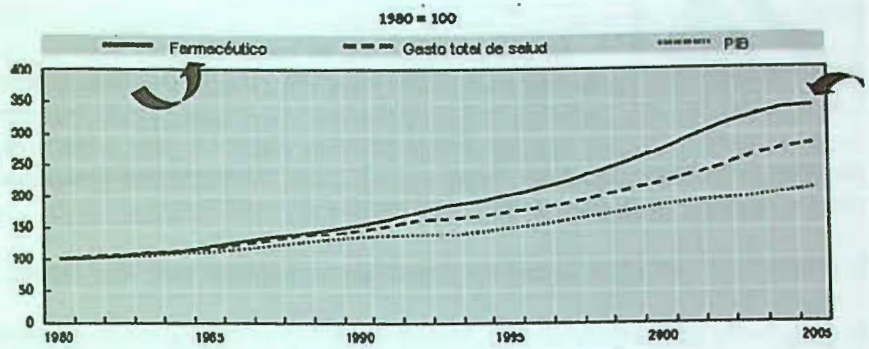



**Figura 1. Gasto sanitario como porcentaje del PIB en la OCDE.**
**Fuente: OCDE, 2009; datos de 2007**

[1] *En: Illich I. L'obsession de la santé parfaite.*
[2] *En: Health: perception versus observation. BMJ 2002;324: 860-I*



España, con un gasto sanitario 8.5% del PIB está en la media de los países europeos y por debajo de EE.UU con 16.0% según datos de 2007 de la OCDE (Figura 1). Tendencia que lleva al economista Uwe Reinhardt a sugerir irónicamente que *"si el consumo sanitario seguía aumentando, EE.UU. sería como un gran hospital, donde la población estaría formada por trabajadores de la salud, enfermos, o ambas cosas al tiempo".*[3] Una tendencia creciente que, al contrastar con el crecimiento del gasto farmacéutico, ya marca tendencias...y demarca terrenos. El crecimiento de este último (el farmacéutico) se dispara en los últimos años por encima del gasto en salud y del PIB (Figura 2).




*Nota: Los índices se calcularon mediante unidades de moneda nacional con PIB a precios de 2000.*

**Figura 2: Tendencia de crecimiento en el gasto farmacéutico y de salud y el PIB en 15 países de la OCDE.**
**Fuente: OCDE, 2007.**

Ahora bien al precisar los protagonistas de esta "medicalización" consideramos entre ellos:

- Los profesionales y sus instituciones
- Las empresas médico-farmacéuticas
- Los medios de comunicación
- La población
- La Administración y los gestores de servicios sanitarios

[3] *En: Reinhardt U. Response to "What can Americas learn from Europeans" En Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency, OECD. Paris, 1990.*

Nuestra tarea es "denunciar" los mecanismos de la industria farmacéutica que ayudan a ello. Pero no sin dejar de destacar que, como en su momento hizo en un monográfico BMJ, cuando encabezó su portada con el titular, *"Se necesitan dos para bailar el tango"*.

Y en este "tango" baila (y pegado) con los otros antes mencionados (profesionales, instituciones, administración y gestores, medios de comunicación y población). Y baila en una sociedad civilizada(?) que, al decir del Dr. Drauzio Varella, oncólogo, profesor de la Universidad Paulista (Brasil) :

*"...en el mundo entero se gastó 5 veces más en implantes mamarios y en Viagra que en investigar la enfermedad de Alzheimer; de lo que se puede deducir que, dentro de 30 años, habrá un gran número de personas con espectaculares tetas y poderosas erecciones pero incapaces de recordar para que sirven"*

El problema es de quien es la responsabilidad del pago de todo este dislate.

Al presidente de Farmaindustria, Jesús Acebillo, le parece que pagamos poco:

*"en España el sistema copago es del 6-7%, en los demás países es del 14-15 %, ¿por qué?" (Madrid, 13/4/2010)*

abriendo puertas a una iniciativa: Co_pago, que autoridades, a veces si, a veces no..."compran":

*"No, no lo hemos planteado porque, para introducir el copago, vamos primero a introducir las campañas de uso racional de los medicamentos, y luego ya veremos"* (Trinidad Jimenez, EL MUNDO 19/04/2010)

*"Asimismo, habrá que estudiar qué garantías de financiación tiene ahora mismo el sistema, teniendo en cuenta tanto la financiación finalista como aquella proveniente de la fiscalidad general (impuestos indirectos), y empezar a concienciar a los ciudadanos de la necesidad de estudiar la introducción de aportaciones directas por parte de los usuarios"* (Marina Geli, EL PAIS 14/04/2010)



*"el copago ha estado siempre sobre la mesa, pero no es hora de introducir nuevos elementos en el debate"*

*"... la cuestión del copago forma parte del debate, pero en otro ámbito estructural"* (Marina Geli, Barcelona EFE, 13/10/2010)

El Co_pago no es invento nuevo. Ya Carlos Ponte en su aporte al libro "Globalización y Salud 2009" , refería a Milton Terris y su "triada neoliberal" cuyo primer escalón era "Disminución del Estado y del gasto público con la generalización de copagos".

Pero nos preguntamos como Olga Fernandez Quiroga en su blog e-criterium:

*"Pues porque no puedo pagar con mi misma, y no encuentro quién puede ser este "Co".*

*Y he aquí que aparece la palabra que me devuelve la tranquilidad mental y ciudadana (subjetiva y colectiva): "re-pago".*[4]

Y establecemos nuestro categórico rechazo a todo intento...

Porque no es un problema de dinero, de gasto...

Según Fifty Years of U.S. Embargo: Cuba's Health Outcomes and Lessons.

Paul K. Drain and Michele Barry Science (30 abril 2010)

- En 2006, el gobiemo de Cuba gastó en salud 355 $ per cápita (7,1 % del PIB ).
- Comparativamente, el costo anual en salud por cada estadounidense es de 6.714 $ (15,3 %del PIB ).
- Por otra parte, Cuba tiene uno de los mejores sistemas de salud preventiva del mundo, según afirman.

Sino de creatividad...

La prevención cuaternaria por ejemplo:

---

[4] *En: http://ecriteriumes.wordpress.com/2010/03/06/¡encontre-la-palabra/ http://pharmacoserias.blogspot.com/*

*"Es prevención cuaternaria la resistencia correosa y continua frente al intervencionismo médico, ante la medicalización de la vida diaria, y ante el abuso respecto a la definición, de salud, factor de riesgo y enfermedad.*

*La prevención cuaternaria obliga a resistir ante las modas (por ej. Consensos, protocolos y guías sin fundamento científico), ante la corporación profesional-tecnológica-farmacéutica, e incluso ante la opinión pública. Implica, además, un compromiso ético y profesional (la ética de la negativa)"*

...que propugna Juan Gérvas, en 2002.

O que más reciente propugna Andrzej Szczeklik, autor de CATARSIS (El Pais, 5 abril 2010):

*"Volver a las buenas prácticas de la medicina, no todo han de ser TAC y resonancias.*

Muchas enfermedades no son nada importantes: hablando, escuchando y recetando cosas básicas y sencillas darían el mismo resultado y se rebajarían costes"

Como dice el Prof. Fuad Lechin (Universidad Central de Venezuela):

*"Hoy en día puedes tratar prácticamente cualquier dolencia con fármacos. Pero tenemos un enemigo que es la industria farmacéutica, que ofrece 200 productos que sirven para bajar la tensión, pero no para curarla."*

Es eso...

**PUNTOS CLAVE**

• La "medicalización" se puede definir como la forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas"

• La "medicalización" nos lleva a un modelo sanitario caro, con grandes costes que puede poner en peligro la sostenibilidad de la cobertura universal.

• Los protagonistas de esta "medicalización" son: Los profesionales y sus instituciones; las empresas médico-farmacéuticas; los medios de comunicación; la población; la Administración y los gestores de servicios sanitarios.

• Debemos controlar "el uso y el abuso" por parte de la industria farmacéutica.

• No es una cuestión de gasto, o co-pago, sino de creatividad...

# Copagament, privatització i equitat: Evidències en la literatura científica

**Lluís Camprubí (*)**

*(...) Comprendí que el trabajo del poeta no estaba en la poesía;*
*estaba en la invención de razones para que la poesía fuera admirable;*
*naturalmente, ese ulterior trabajo modificaba la obra para él,*
*pero no para otros. (...)*

**El Aleph. Jorge Luis Borges.**

Quan els metges, gestors sanitaris o altres professionals sanitaris, i ciutadans es queixen, generalment, tenen una base fonamentada per a fer-ho, i convé escoltar: Pressió assistencial, insuficients temps de visita, sobreutilització en alguns casos dels serveis, consum en farmàcia sovint no justificat,... Tot i que en general hi ha consens en afirmar que la qualitat i eficiència del sistema sanitari aquí és bona, hi ha aspectes que cal millorar, i aquests junt amb les llistes d'espera i la manca de confort són alguns dels principals problemes en el sistema públic.

El què ja no sembla tant raonable és que la resposta a tot plegat sigui el copagament. Encara que es digui que és una solució parcial. Ens trobem davant un salt (o pirueta) lògic, d'un buit explicatiu de la relació en el binomi "problema-solució" per part d'aquells que recepten copagament a les insuficiències del sistema.

---

(*) *Membre del Grup de Recerca en Desigualtats en Salut (GREDS-UPF).*
*www.upf.edu/greds-emconet*

Antonio Gramsci parlava de la importància de "les idees dominants". El debat sobre el copagament es troba en un moment de disputa per l'hegemonia de les idees, i per guanyar la batalla de la raó convé aportar evidència científica per tal de justificar qualsevol posicionament. I és això al què pretén modestament contribuir aquest article. Fer una revisió de l'evidència que trobem a la literatura científica sobre el copagament i el seu impacte en la salut i els sistemes sanitaris, bàsicament referit a qualitat, equitat, eficiència i ús.

De totes maneres convé no ser ingenu. I en una qüestió com aquesta, amb una profunda base política, ideològica, de model, i d'interessos contraposats, el debat no es limita a la confrontació dialèctica i cavalleresca d'evidències empíriques. George Lakoff preocupat per com algunes idees i valors neoconservadors i/o neoliberals havien guanyat tantes ments nortamericanes (la majoria de les quals objectivament per propi interès haviien de ser-hi contràries) intenta contribuir a explicar perquè algunes idees tenen una alta penetrabilitat i resistència a la refutació empírica. Estructurem part del nostre pensament en base a metàfores i marcs conceptuals. Un cop s'activen aquestes estructures mentals inconscients ens tornem bastant refractaris a tot allò que hi vagi en contra, encara que siguin dades contrastades. Semblaria doncs que en el cas que ens ocupa els promotors del copagament hagin aconseguit incorporar en una part significativa dels destinataris el marc: "el copagament solucionarà els problemes de la sanitat, ja que desincentiva el mal ús i per tant disminueix la despesa".

Abans d'entrar en matèria, però, dos aclariments del context. S'ha de ser curós quan es discuteixen propostes que podríem anomenar "anti-crisi" en distingir si estem parlant de receptes per sortir de la crisi o en canvi camuflen propostes de com es reparteixen i sobre qui repercuteixen els costos de la crisi. I en segon lloc, sembla que ens trobem en una cruïlla històrica: de qüestionament profund del model social europeu i de desmuntatge de l'estat del benestar; per tant és lògic pensar a l'analitzar qualsevol proposta si es tracta de quelcom aïllat o es troba inserit en una estratègia de buidatge de l'estat del benestar. Resulten prou significatives al respecte les paraules del President de la Unió Catalana d'Hospitals en un reportatge a La Vanguardia del 3 de juny de 2010:

*Sobre el tema del copago sanitario, el doctor Ruiz aseguró que en sí mismo no es ni un "problema" ni la "solución" sino una "posible medida más". Además, se preguntó el porqué de la no existencia de una "tarjeta rosa", como la del transporte de Barcelona, en la sanidad. "En función de la renta, porque no todos los jubilados la tienen", indicó. "Realmente, lo*



*que habría que hacer es analizar si este Estado del Bienestar que hemos estado llevando hasta ahora nos lo podemos permitir. Si se nos preguntara, aquí tenemos mucho que aportar", advirtió.*

## Copagament: estem parlant de privatització?

El terme "privatització" fa referència a un concepte a vegades imprecís subjecte a interpretacions molt diverses i de vegades erràtiques de manera que s'aplica a conceptes o pràctiques que poden no ser-ho. Tot i que des del corrent dominant sovint s'amaga el fenomen, es minimitza o es vesteix d'altres paraules com liberalització (quan són fenòmens diferents). Però des d'altres òptiques a vegades s'utilitza confusament, per descriure d'una manera general les tendències mercantilitzadores dels sistemes sanitaris, de vegades també s'utilitza com a sinònim de la introducció de mecanismes de mercat en la gestió, d'un canvi en la titularitat, o d'una situació d'autonomia funcional d'una agència respecte a l'administració; en altres ocasions, fa referència al conjunt de formes atípiques organitzatives i de gestió, o bé, a tècniques de gestió internes [1].

Un possible punt de consens en la definició rigorosa d'aquest concepte es podria trobar al voltant d'aquells intercanvis, transferències i moviments que es realitzen en un eix públic-privat associat una situació dinàmica i canviant al llarg del temps, on l'àmbit públic s'ha d'entendre com el del govern central, però també els altres nivells verticals d'administració, així com amb les agències i empreses de titularitat pública que depenen d'ell. L'àmbit privat pot ser amb o sense ànim de lucre [2].

Aquesta visió es recolza en diferents aportacions: l'Organització Mundial de la Salut ha proposat una definició operativa de "privatització", que podria ser un bon punt de partida ja que amplia el tradicional enfocament restringit a finançament i provisió: *"la transferència d'actius i béns públics a propietat privada, on aquests actius i béns són les infraestructures del sistema sanitari, els seus edificis, equips i el control dels seus recursos i funcions"*[3]. La Government Accountability Office dels Estats Units, insistint en la importància de les funcions, defineix la "privatització" com *"qualsevol procés dirigit a transferir funcions i responsabilitats, totalment o parcialment, del govern al sector privat"*[4]. Per la seva banda, Savas, anant més enllà de la simple transferència de propietat, ha proposat una conceptualització àmplia, però alhora útil i pedagògica: "Fonamentalment, la privatització és molt més que una acció financera o de gestió, és una posició filosòfica respecte a les funcions i les relacions entre les institucions privades, la societat i el govern. Les

principals institucions privades de la societat són el mercat, les associacions voluntàries sense ànim de lucre de tot tipus (societat civil), i la família. La privatització és l'acte de reduir el paper del govern o d'augmentar el paper de les institucions privades de la societat per a la satisfacció de necessitats de la gent, significa atribuir més al sector privat i menys al govern" [5].

Per tant es podrien sintetitzar les idees-força de cadascuna d'aquestes concepcions sota la següent proposta de text: Transferència o desplaçament, parcial o total d'un actiu o capacitat pública al sector privat pot fer referència a qualsevol de les funcions o recursos que pertanyien a l'esfera pública.

La privatització és, doncs, un fenomen que pot produir-se en moltes més dimensions que les tradicionalment estudiades de finançament i provisió. Es pot produir en les següents set dimensions: econòmica, política, assegurament, provisió, jurídica, gestió i formació [6]. Però no estem parlant d'un simple debat semàntic o de categorització, ja que és un fenomen rellevant amb implicacions per a la salut pública tant en equitat, sostenibilitat, accessibilitat i qualitat [7].

Situem per tant el copagament dins la dimensió econòmica de la privatització dels sistemes sanitaris. En l'apartat "finançament/despesa privada" on hi trobem tant l'assegurament privat, la despesa out-of-pocket (pagament privat individual total del bé/servei) i el copagament.

### Què entenem per copagament?

Intuïtivament més o menys podem saber de què parlem, però per a sistematizar-ho ens pot ser útil la definició que proposa Andreu Segura [8]: Un copagament significa contribuir parcialment en el cost d'un servei per part del consumidor. Un servei que almenys en part hauria de ser públic i gratuït, però que per algun motiu, convé que no sigui absolutament gratuït.

Un dels valors d'aquesta definició és el "però que per algun motiu" ja que aquests motius poden tenir diversos orígens i motivacions: tècnics, interessos, concepció ideològica...

A Espanya el copagament bàsicament es concentra en la part de farmàcia, sent del 40% per als medicaments prescrits pel Sistema públic a beneficiaris no pensionistes; 30% en el cas de funcionaris (MUFACE).



Però en l'actual debat s'escolten propostes d'ampliar-lo [9] a diversos àmbits: visites a l'atenció primària i a urgències, per a prestacions actualment cobertes, per a les proves complementàries en l'atenció especialitzada, per les estades hospitalàries,...

I trobem diverses modalitats segons:

a) la població diana: universal o a sub-grups concrets (segons renta, edat,....)

b) el nivell o grau: que podria ser constant o fixe, per trams, progressiu, amb sectors exclosos,...

És per tant que quan entrem en el debat sobre el copagament s'ha de mirar des de diferents perspectives, i tenir present què s'està discutint en cada moment: l'eix ideològic o de concepció de la salut, la plausibilitat de la seva aplicació, la finalitat que es persegueix i el seu impacte (en salut, equitat, consum, eficiència).

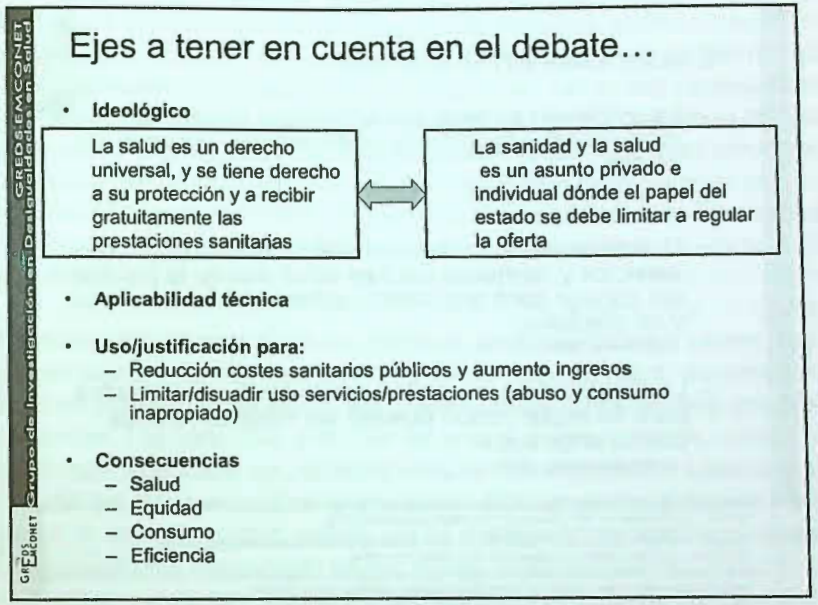



**Figura 1. Elements a tenir presents en el debat sobre el copagament,**

## Evidència sobre les conseqüències

La literatura científica existent al respecte refuta d'una forma aclaparadora totes les premises sobre les que es defensa el copagament sanitari. En eficiència, ús/consum, salut i equitat.

### Impacte en l'Eficiència

Al justificar el copagament des de la perspectiva d'eficiència dels sistema sovint es diu que seria un mecanisme de desincentivar el mal ús, així com de reduir els costos i per tant de fer sostenible econòmicament el sistema sanitari. La bibliografia disponible mostra com l'impacte econòmic que aquestes mesures podrien tenir seria molt moderat[3]. De fet, es planteja el dubte que els costos d'implantació (i els administratius i de gestió en el supòsit que es volgués implantar un copagament selectiu, en funció de renta o edat del ciutadà per exemple) podrien superar el potencial estalvi[7]. Amb la circumstància que el copagament no pot discriminar els usos apropiats i efectius d'aquells que no ho són (mal ús, sobre ús,...) [10].

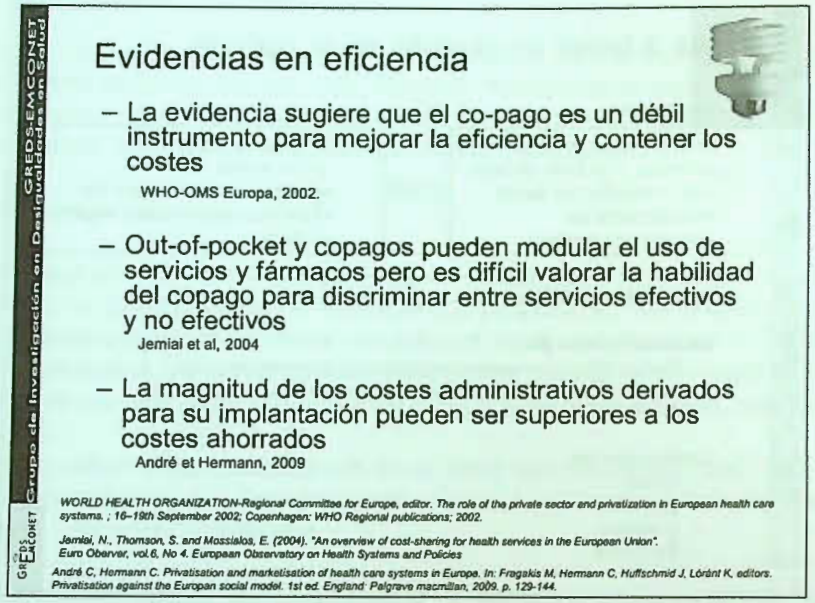



**Figura 2. Punts clau de l'evidència sobre eficiència.**



### Impacte en Ús i consum

Una altra de les argumentacions justificatives del copagament és la referent a l'efecte reductor del consum i d'ús de les prestacions sanitàries. En un experiment[11] fet a Estats Units a principis dels 80 (de forma experimentalment controlada i amb els usuaris assignats als diversos grups d'una forma aleatoritzada per tal d'evitar qualsevol mena de biaix) es comparava l'ús dels serveis sanitaris per part de poblacions sotmeses a diversos graus de copagament. Malgrat la difícil extrapolació dels resultats al nostre sistema actual, si que es veia com en les poblacions amb copagament l'ús de serveis era menor, però que aquest ús era menor tant en els serveis considerats apropiats com en els que no.

En una revisió de l'evidència sobre el copagament força recent[12] es constata igualment que la reducció de consum existeix, però que no permet discriminar entre el consum necessari i el superflu. Aquesta variació en l'efecte reductor del consum també es produeix depenent de si el responsable de la decisió de consum és el propi usuari o el metge (sent més accentuada la reducció quan és el propi usuari qui decideix). I el més important, es produeix de forma diferent segons quina prestació és (comportament més elàstic), sent serveis com els dentals o els preventius els que més pateixen una disminució del seu ús en funció del copagament. Cal tenir present que les accions preventives són de les que tenen efectes major impacte positiu sobre la salut, resultant de les més cost-efectives i eficients (un euro invertit en salut pública -que inclou intervencions preventives, però també de promoció, de protecció i de vigilància- és 50 vegades més productiu en termes de salut que no pas un gastat en assistència sanitària a la malaltia[13][14] ).

En un estudi fet a Estats Units en població anciana[15] també es pot veure l'impacte negatiu del copagament tant en ús com en salut. Es comparava a dues poblacions de persones grans sotmeses a diferents graus de copagament. I la conclusió principal és que si augmenten els costos del copagament ambulatori en pacients vells té conseqüències adverses per a l'ús total del sistema sanitari, per la seva salut i encareix la despesa total en salut, ja que els costos evitats per la disminució de visites causades per l'augment del copagament en les visites ambulatòries són menors als costos incrementats en l'augment d'ús d'urgències i internaments.

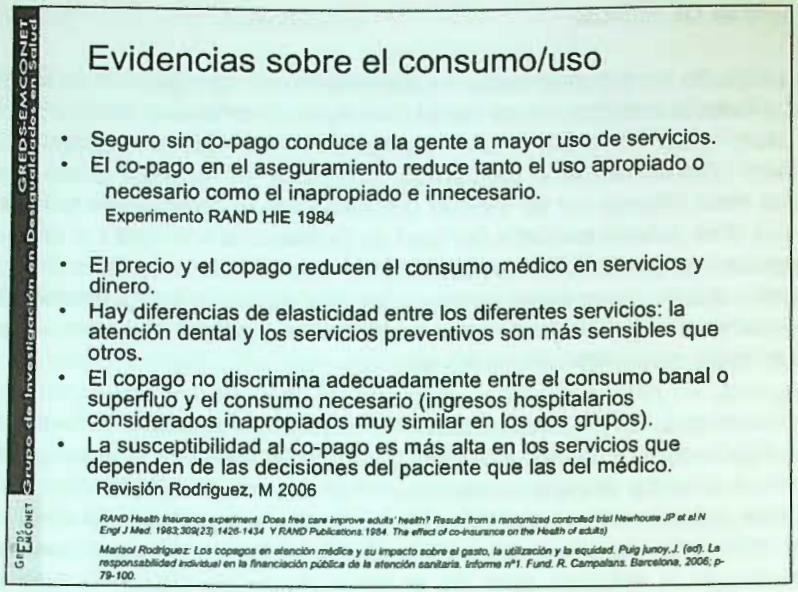



**Figura 3. Punts claus de l'evidència sobre ús i consum.**

### Impacte en Salut

Quan parlem sobre l'impacte en salut, un cert imaginari col.lectiu podria dir que el copagament no té implicacions per a la salut ja que simplement actua de filtre o barrera per als malalts imaginaris.
L'evidència disponible, però, apunta en un altre sentit. Tot i que en aquest camp l'evidència és parcial i seria necessària molta més recerca per a tenir un coneixement més sòlid. Com hem vist redueix tant l'ús innecessari dels serveis sanitaris com l'ús apropiat (amb un efecte beneficiós per a la salut). Alhora en l'estudi RAND comentat abans es provava que el copagament en l'assegurament sanitari es relacionava amb resultats pitjors de salut en alguns camps: agudesa visual i pressió arterial. Això concorda amb l'evidència que el copagament té un impacte més negatiu en aquells serveis que depenen més de la voluntat del pacient (ús d'ulleres,...) i en les activitats preventives (de la hipertensió arterial,...). Trobem també un estudi (citat en [8]) que associa el copagament amb una reducció de l'ús i visites a urgències, tant les pertinents com les que no, d'on es pot deduir per tant que hi ha un impacte immediat en la salut d'aquelles visites a urgències pertinents que es deixen de fer.



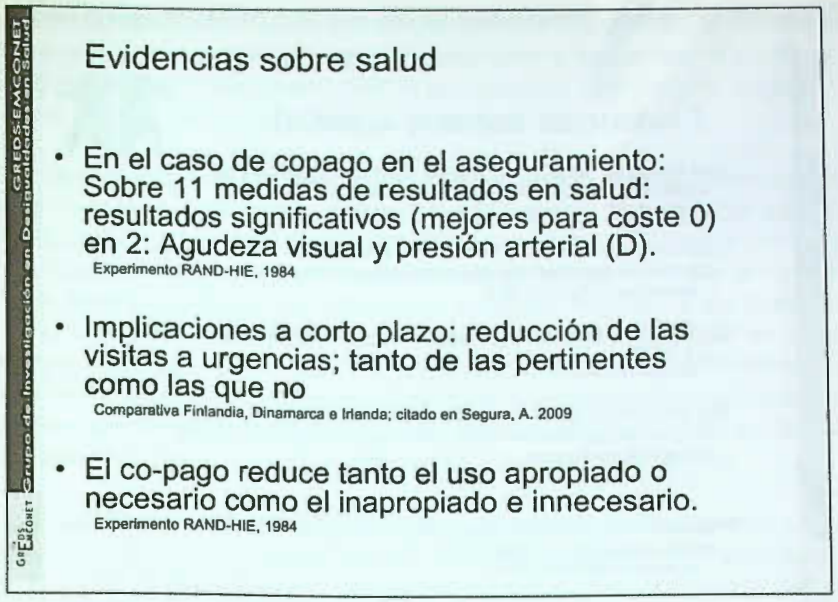



**Figura 4. Punts claus de l'evidència sobre salut**

### Impacte en l'Equitat

L'evidència que el copagament impacta inequitativament sobre la població i per tant augmenta encara més la desigualtat en salut entre els diferents grups socials és aclaparadora. De fet, segurament, per aquesta raó, alguna de les propostes articulades de modalitats de copagament són selectives, intentant reduir l'impacte, incorporant exempcions o reduccions en funció de renta, edat,...

Dels 5 eixos principals de desigualtat: Classe social, gènere, ètnia, edat i status migratori trobem evidència de l'impacte tant en la classe social com en l'edat. La hipòtesi que el copagament pot tenir un impacte desigual i eixamplador de les desigualtats segons gènere, ètnia i status migratori sembla raonable, però la revisió efectuada no ha trobat evidència científica al respecte (tampoc en el sentit contrari).

Veiem que el copagament té un impacte més negatiu (en redueix més l'ús) en la població amb menys recursos, tant en l'ús dels serveis assistencials[12] com en el de preventius [7] i per tant és generador-amplificador de desigualtat [3].

Així mateix la població infantil també es veu més perjudicada el copagament[12].

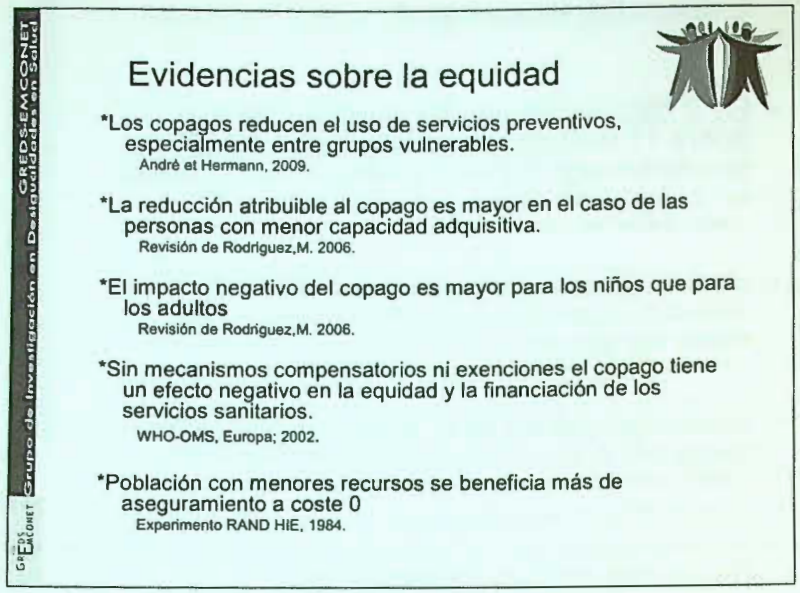



**Figura 5. Punts claus de l'evidència sobre equitat.**

## Conclusions

Vista l'evidència en les diferents vessants sobre les conseqüències del copagament sanitari es fa difícil afirmar que es promou per raons tècniques, o de gestió, de sostenibilitat del sistema o d'ordenació i racionalització de la demanda. Sembla més aviat una confrontació de models, de posicionament en l'eix "públic-privat" o "dret-mercaderia" de la sanitat. On totes les forces polítiques i socials que es reclamen del "progrés civilitzatori i social" haurien de saber distingir allò urgent d'allò important. La urgència (que efectivament existeix) de la necessitat de més recursos, de reduir certes despeses, de disminuir la pressió assistencial no pot comprometre allò que des d'una concepció de progrés és l'important: evitar sortides de les situacions on els eixos es desplacin cap a "privat" i "mercaderia". No cal oblidar que per a solucionar aquestes "urgències" hi ha propostes i solucions alternatives, factibles i que en canvi decanten l'eix cap a "públic" i "dret".

De fet, alguns països com Canadà i Austràlia quan van fer una revisió del què es sabia sobre el copagament van decidir retirar-ne i/o disminuir-ne algunes modalitats.



La pròpia OMS a Europa [3] literalment afirma: "Malgrat aquestes objeccions [evidència sobre inequitat i feblesa com a instrument d'eficiència] els policy-makers continuen usant el copagament àmpliament, majoritàriament degut a raons polítiques i ideològiques".

Si volem un sistema de salut públic eficient i sostenible econòmicament, amb un consum dels recursos racional, mantenint els principis de qualitat i equitat potser haurem de començar a mirar cap a altres propostes per encarar els reptes que té el sistema, i abandonar el copagament que ja ha mostrat la seva insuficiència i injustesa com a solució. Augmentar els ingressos i recursos per la via dels impostos directes, ordenar i racionalitzar les visites donant una resposta no mèdica a les que són merament administratives, augmentar el temps de visita com a antídot a la receptació farmacèutica preventiva i per fer content al pacient,... són algunes propostes que l'evidència i la política comparada mostren com a més útils, efectives i justes.

I per tal de no perdre la perspectiva i el context, permeteu-me acabar amb quelcom que el passat juny el professor d'Història Andreu Mayayo, ja escrivia: El personal està grogui i entre les cordes a l'espera de tres cops de puny letals: l'ajornament de l'edat de jubilació, l'abaratiment de l'acomiadament i la introducció del copagament a la sanitat pública. El KO pot ser antològic i ningú sap si l'Estat del benestar es podrà tornar a posar dempeus o bé acabarà malvivint com els boxejadors tocats (...).

## Referències:


(1) *Maarse H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. J Health Polit Policy Law 2006 Oct;31(5):981-1014.*

(2) *Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. Eur J Public Health 2003 Mar;13(1):24-29.*

(3) *The role of the private sector and privatization in European health care systems. World Health Organization-Regional Committee for Europe; 16–19th September 2002; Copenhagen: WHO Regional publications; 2002.*

(4) *U.S. General Accounting Office (GAO). Privatization: Lessons learned by the State and Local governments. Report to the Chairman, House Republic Task Force on Privatization. 1997 Washington, DC: Government printing Office.;GAO/GGD-97-48.*

(5) *Savas ES. Privatization and public-private partnerships. New York: Chatham House; 2000.*

(6) *Camprubí L., Benach J., Valverde C. Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña. Tesina. Pendent de publicació.*

(7) *André C, Hermann C. Privatisation and marketisation of health care systems in Europe. En: Fragakis M, Hermann C, Huffschmid J, Lóránt K, editores. Privatisation against the European social model. 1a ed. England: Palgrave macmillan; 2009. p. 129-144.*

(8) *Segura A. La responsabilidad en el consumo de los servicios sanitarios y el copago. Revista de derecho de Extremadura 2009(5):30-46.*

(9) *Geli M. Cómo mantener la calidad y la equidad [en el sistema sanitario]. El País 2010 14 Abril 2010;Edición Electrónica(TRIBUNA: La sostenibilidad del Estado de bienestar).*
(10) *Jemiai N., Thomson S. and Mossialos E. (2004). "An overview of cost-sharing for health services in the European Union". Euro Oberver, vol.6, No 4. European Observatory on* Health Systems and Policies
(11) *RAND Health Insurance experiment. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial Newhouse JP et al.N Engl J Med. 1983;309(23):1426-1434. Y RAND Publications:1984: The effect of co-insurance on the Health of adults)*
(12) *Rodriguez M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre el gasto, la utilización y la equidad. Puig junoy,J. (ed). La responsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informe nºI. Fund. R. Campalans. Barcelona, 2006; p-79-100.*
(13) *Bunker J (2001). Medicine Matters After All: Measuring the Benefits of Medical Care, a Healthy Lifestyle, and a Just Social Environment. London; The Nuffield Trust.*
(14) *Newbould J, Taylor D (2006). Action for Better Public Health. The School of Pharmacy. University of London, Boots.*
(15) *Trivedi A., Moloo H., Mor V. Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly. N Engl J Med 2010;362:320-8.*

**PUNTS CLAU**

El debat del copagament s'insereix en el debat sobre el model social europeu i l'estat del benestar.

El copagament implica privatització del sistema sanitari en la seva dimensió de finançament, ja que trasllada part de l'obtenció de recursos del què hauria de ser assumit per l'àmbit públic al ciutadà-usuari.

L'evidència científica disponible mostra que té un impacte negatiu sobre els resultats en salut i equitat del sistema sanitari.

L'evidència científica ensenya també que té un impacte dubtós (i depenent de l'estudi, negatiu) en la contenció de costos.

L'evidència mostra que el copagament no afecta només a l'ús innecessari, i redueix també l'ús de serveis i prestacions necessàries. No permet filtrar o discriminar entre l'ús adequat i el superflu.

El copagament correspon més a una concepció ideològica sobre el model de salut i de sistema sanitari que pivota sobre una major corresponsabilització de l'individu front a la concepció de la protecció de la salut com a dret a ser garantit per l'esfera pública.



# El copagament en l'agenda de l'estratègia per a una sanitat equitativa sostenible

**Santiago Marimón Suñol**

Estem *dempeus* per la defensa de la salut i de la sanitat pública i la qüestió del copagament, l'hem d'enfocar d'acord amb els nostres objectius, que són: promoure la salut per a tothom i uns serveis de sanitat pública equitatius. L'equitat ha de ser el nostre punt de mira.

En l'estratègia per la defensa i la promoció d'una sanitat equitativa és important tenir presents tres elements fonamentals:

Primer, la salut 100% i sempre és impossible: som *morituri*, hem de morir i, per excel·lents que siguin els serveis de salut, a poc a poc, molt apresa o de cop, tots, un dia, perdrem la salut del tot.

Segon, l'equitat no és igualtat; pels governants l'equitat ha de representar facilitar més a qui més ho necessita; l'equitat per la ciutadania és que aportin més els qui més tenen.

Tercer, el concepte de salut vàlid és el de l'OMS: la salut és el *benestar físic, mental i social.*

---

*Santiago Marimón és fundador de l'Associació d'Economia de la Salut i del Fòrum Català d'Informació i Salut. Membre del Grup de Treball per la Racionalització de la Despesa Sanitària ("Informes Vilardell", 2005 i 2010). Ha estat responsable de la gestió en diversos centres sanitaris i en sistemes d'informació (director executiu de la Història Clínica Compartida a Catalunya), és vocal del Consell Assessor del Departament de Salut i del Consell d'Administració i de la Comissió Executiva de l'Institut Català de la Salut i membre de l'àmbit de salut d'Iniciativa per Catalunya-Verds.*

Per a definir l'agenda de l'estratègia per a assolir una sanitat equitativa sostenible hem d'analitzar com estem:

### Tenim uns serveis de salut equitatius?

A Catalunya tenim uns serveis de salut que destaquen positivament per la seva proximitat però tenim notòries mancances pel que fa a l'equitat: Els recursos econòmics no estan distribuïts equitativament entre els territoris de salut. Els hospitals, per exemple, no disposen dels mateixos recursos econòmics per atendre els mateixos problemes de salut. D'altra banda, els temps d'espera reals en la sanitat pública són més reduïts pels qui juguen simultàniament amb una assegurança privada i segons per quines proves diagnòstiques o especialistes van a la privada. Però en aquests dos aspectes hi ha un problema addicional no casual: la manca de transparència. No és publica la informació sobre els recursos que s'apliquen a la població de cada territori i sols es publiquen les llistes d'espera de 14 procediments quirúrgics, que tampoc consideren el temps d'espera fins ser incorporat en la llista d'espera.

### *La transparència és la primera exigència*

No es creïble cap proposta de nou copagament que no afecti negativament a l'equitat i que sigui promoguda per aquells que no estan avalats per una suficient transparència (que ara no tenim).

En tot cas, on hi ha menys equitat, és entre els recursos i entre els serveis destinats a atendre, respectivament, el benestar físic, el mental o el social. El físic és el millor atès, la salut mental és el parent pobre dels serveis sanitaris i la dicotomia entre serveis socials i serveis sanitaris genera una molt menor atenció de salut quan hi ha també un problema social: la dependència és un bon exemple, però no l'únic.

### Quina relació hi ha entre els actuals copagaments i l'equitat?

Si definim el "copagament" com el finançament per part del pacient en el moment de rebre el servei o prestació, podem considerar que tenim tres tipus de copagaments; dos són de finançament parcial. Per exemple, per rebre medicaments hi ha qui paga un percentatge, el 40% o el 10%, i en el cas de les pròtesis la situació és similar. En l'atenció sociosanitària: es contribueix amb una part de la pensió. En aquests casos, tenim doncs un copagament per finançar, parcialment, el cost de la prestació. Però hi



ha un tercer tipus, el qualificable de "copagament al 100%". Ho són les prestacions no incloses en el sistema públic, per exemple l'odontologia a adults, que els pacients s'han de pagar totalment (directament o amb una assegurança privada); però es donen també casos en prestacions que sí que són incloses. El tractament del dolor, per exemple, és una prestació inclosa en el sistema públic, però si es tracta amb acupuntura o amb d'altres teràpies anomenades complementàries o alternatives el copagament és del 100%.

En els tres casos la relació entre copagament i equitat és diferent. En medicaments el model era considerablement equitatiu quan es va establir. És a dir, quan hi havia alta ocupació, la sanitat es finançava amb les quotes de la Seguretat Social i ni dones ni nens eren població activa, l'esperança de vida era propera als 70 anys i la inexistència de tecnologies de la informació exigien un model simple. Ara, pels medicaments d'un nen de família monoparenteral "minimileurista" es paga el 40%, un jubilat sa i de pensió màxima no paga res. Ara ja no és equitatiu i es disposa d'informació per detectar la manca d'equitat al moment i amb precisió. Manca voluntat per resoldre aquesta manca d'equitat.

### *Què manca en els "copagaments al 100%"?*

Doncs que darrera no hi ha interessos econòmics per pressionar que es financi públicament. No hi ha darrera un laboratori amb la patent d'un medicament que vol que sigui introduït al finançament públic. Aquest és el cas per exemple de les teràpies anomenades complementàries. Hi ha centres públics concertats que n'apliquen fent pagar el tractament a l'usuari. A l'ICS s'estan començant a donar tractaments de teràpies complementàries. Acupuntors o osteòpates fan pagar el 100% per un tractament del dolor o una pèrdua de mobilitat i no tenen darrera un col·legi professional potent com tenen els fisioterapeutes. Ara bé, si els fisioterapeutes treballen en una mútua laboral o en el quasi monopoli privat existent en els centres de rehabilitació de Catalunya: l'alta te la donaran abans d'estar 100% recuperat; la rehabilitació complerta te l'hauràs de pagar tu.

### *Qui i com es copaguen els serveis sociosanitaris?*

Veiem les diferències entre Catalunya i d'altres comunitats autònomes. Nosaltres tenim el programa "Vida als anys". Una part la paga el Departament de Salut, una altra el Departament de Serveis Socials i l'altra la paga el pacient aportant una part de la seva pensió. En d'altres comunitats no hi

és aquest programa d'atenció sociosanitària, hi ha llits de geriatria hospitalària i l'atenció és sense copagament. És millor el que passa en d'altres CC.AA.?. Si ho contemplem des de la perspectiva sanitària crec que no. Proporcionalment hi ha moltes més places d'atenció sociosanitària a Catalunya que places de geriatria hospitalària en d'altres CC. AA. El nombre de persones sense atenció més les de rendes baixes que paguen el 100% en una residència privada és, proporcionalment en termes d'equitat, molt més baix a Catalunya. Per tant tenim un cas en què el resultat global és millor amb un model amb copagament que amb un altre sense i és millor perquè resulta, en la pràctica, més equitatiu: per al conjunt de les persones que, a més d'una atenció social, precisen d'atenció sanitària, hi ha més persones que reben millor atenció de salut.

**AMB AQUEST CONTEXT, QUÈ HEM DE FER DAVANT DE L'OFENSIVA A FAVOR DEL COPAGAMENT?**

Crec que l'important no és la batalla contra nous copagaments l'important és la guerra contra l'inequitat i dins d'aquesta autèntica guerra situar vàries batalles ofensives que tenen relació amb el copagament. Evidentment hem de parlar-ne però exigint dues prèvies: sols en volem parlar dins d'una valoració per l'equitat i amb transparència, sense enganys. El que compta no són tant les paraules, "copagament", "repagament", com les actuacions. De fet la perspectiva d'establir nous copagaments ja la va aprovar el Consejo Interterritorial en la seva reunió del 18 de març de 2010, però llavors sense utilitzar aquesta paraula, dient-li *"un incremento finalista de recursos"*; un eufemisme que sols exclou l'increment d'impostos directes com via de finançament de la sanitat. Malament es comença a plantejar una reforma si ha d'utilitzar conceptes enganyosos.

***Què cal fer per defensar l'equitat?***

Amb aquestes prèvies, les batalles que hem de portar a terme per la defensa de l'equitat serien:

**Primera batalla**: La introducció de medicaments als finançament públic.

Per l'autorització d'un medicament s'han de fer estudis d'utilitat terapèutica. Però es fan comparant el nou medicament amb un placebo (pastilla o injectable que sembla un medicament però que no ho és, ni fa res), no se'l compara amb d'altre medicament que ja existeixi per afrontar el mateix problema de salut. Si el nou medicament simplement no fa mal,



s'autoritza, però no té cap lògica que s'incorpori al finançament públic si és més car que un altre igualment efectiu però més econòmic. Les diferències de preu poden ser de més del 1000%. Si per finançar-lo públicament s'han de limitar d'altres serveis o augmentar els temps d'espera ja no es manca de lògica, és irresponsabilitat. Però, si a més, la retribució total dels metges, que estan molt mal pagats, depèn de que no prescriguin aquest medicament més car per cobrar una part variable de la seva retribució, estam davant de cinisme en la gestió dels recursos humans i relacions amb els agents sanitaris. Es vol que el metge faci davant d'un malalt (no prescriure un medicament autoritzat) el que uns tècnics sense compromís ètic o un govern no vol fer davant del directiu d'un laboratori: no incloure'l en el finançament públic malgrat ser menys eficient que d'altres. Aquesta és la batalla teòricament més fàcil perquè és la més evident, però la més difícil pels forts i poderosos interessos afectats i també la més necessària perquè és la que més negativament afecta a l'equitat. No es creïble cap proposta de nou copagament que es digui que no afectarà negativament a l'equitat que vingui de qui no està disposat a afrontar un canvi substancial en la forma d'introducció de nous medicaments al finançament públic

**Segona batalla:** Desautoritzar les fal·làcies argumentals que es donen sobre la necessària corresponsabilització per part dels usuaris.

Primer, els ciutadans i ciutadanes no tenen responsabilitats sobre el funcionament del sistema sanitari, la seva única responsabilitat està en seguir les directrius i normes per a una vida saludable i per l'accés als serveis de salut i en el compromís en complir les instruccions donades pels professionals sanitaris. Si les directrius, normes o instruccions són incorrectes o insuficients, i algunes ho són, es responsabilitat de l'administració sanitària resoldre-ho.

Segon, no és responsabilitat de la ciutadania sinó de les autoritats sanitàries i dels corresponents professionals assegurar que els mitjans diagnòstics i de tractaments emprats per la ciutadania siguin els més eficients dins de la indispensable equitat. Les deficiències existents no les ha de pagar la ciutadania; molt menys si es mantenen per preservar, como passa injustificadament, determinats interessos econòmics.

Tercer, pot donar-se, per part d'alguns ciutadans, l'incompliment del seu compromís. Pot, com arreu, haver-hi casos individuals de mal ús, i n'hi ha, que afecten negativament a d'altres usuaris o professionals. Casos que s'han d'afrontar, com arreu, amb formació, si la formació és insuficient

amb advertiments i si cal, però exclusivament amb caire excepcional, amb sancions o restriccions individuals per mal ús, però no per tot ús. D'altra part, en aquests casos de mal ús, per exemple quan es tracta de visites sense motiu, el que no es pot és deixar sols als professionals d'atenció primària o d'urgències i que hagin d'enfrontar-se directament amb l'usuari negligent o consumista. És la organització sanitària qui ho ha d'assumir donant mitjans a aquests professionals i prestigiant-los per a que tinguin autoritat moral per exigir als usuaris la seva part de compromís. Que avui la medicina de família i d'urgències no constituïxin les especialitats més prestigiades és una irresponsabilitat de les autoritats sanitàries molt més greu que la irresponsabilitats d'alguns ciutadans fent-ne un mal ús.

Quart, a Catalunya, l'Informe Vilardell (febrer 2005) deia que "*seria convenient que s'implantessin mesures i programes per evitar usos inadequats individuals*", abans d'intentar resoldre aquest problema amb copagament, i en proposava vàries. S'ha fet alguna cosa, però no es pot dir pas que s'hagin portat a terme.

Cinquè, en cap cas és admissible traslladar a la ciutadania la corresponsabilitat de considerar els serveis de salut com una mera mercaderia. Aquesta és la irresponsabilitat en la que alguns han volgut caure, un per interessos econòmics o de poder social i d'altres simplement hi han caigut per ceguera o pèrdua de valors. Si un servei de salut és un producte de mercat és lògic pagar, pel seu ús, pagant-ho tot, si és sols d'interès privat, o pagant-ne sols una part si és d'interès públic. Els serveis de salut no són uns productes d'interès públic com pot ser-ho la cultura, són la resposta social que han d'organitzar els poders públics, a un dret personal i social.

Sisè, no tenen cap autoritat moral per parlar de corresponsabilització en l'ús de serveis de salut els "sàdics" que es neguen a admetre el dret a la opció personal a una mort digne; una manca de dret que, a més, genera uns alts costos contraris a la voluntat del pacient.

**Tercera batalla:** Acceptar parlar de revisar l'actual sistema de copagament dels medicaments per fer-lo més equitatiu.

En aquest sentit cal superar herències distorsionants, però exigint parlar primer de com resoldre les flagrants ineficiències, per herències ancestrals, que també hi ha en el camp del medicament.

Puc explicar la meva experiència personal; m'ha tocat estar en grups que,



entre d'altres, tenien per objectiu valorar l'ampliació del copagament. Puc dir que quan alguns hem començat a dir que, abans de revisar l'equitat de l'actual copagament, primer calia superar l'herència dels venedors ambulants i prohibir l'entrada a centres de salut del anomenats visitadors mèdics (que en la pràctica, són "okupes vestits d'Armani" que suplanten la formació en nous medicaments que haurien de fer exclusivament les comissions farmacoterapeútiques de les entitats sanitàries); o quan he recordat que l'adjudicació d'oficines de farmàcia respon a un sistema de concessions d'herència feudal; o quan he proposat començar a implantar sistemes de dispensació automàtica de medicaments en els centres de salut per dispensar-hi els 100 principis actius de més alta prescripció i que, com ja vaig calcular fa 6 anys per la comissió de l'Informe Vilardell, amb aquesta acció es superarien els 300 milions d'euros d'estalvi anuals; llavors, els qui no han volgut seguir parlant de racionalització i eficiència han estat els partidaris d'ampliar el copagament. També puc explicar que he estat més de 30 anys en responsabilitats en gestió i en sistemes d'informació sanitaris; i que he rebut els insults més grossos quan aquestes propostes han arribat als interessats en mantenir la situació actual.

Aquestes són les tres batalles que hem estat i haurem de seguir portant a terme; però en la guerra per l'equitat hi ha dues batalles més relacionades amb el copagament, molt més complexes, que també hauríem d'afrontar:

**Quarta batalla:** L'estreta vinculació o integració entre serveis sanitaris i serveis socials (sense aquí considerar els dedicats quasi exclusivament a l'exclusió social).

Atesa la forta relació entre la salut de les persones i els nivells de mancances socials, si l'objectiu *salut* és l'objectiu *benestar físic, mental i social* no es pot fer una suficient valoració dels nivells assolits d'equitat en salut si, al mateix temps, no es comparen serveis socials i sanitaris prestats a efectes de poder detectar les relacions entre nivells de salut i recursos destinats, tant a sanitat com a serveis socials i considerant tant els recursos provinents d'impostos com els aplicats directament per els usuaris de serveis sanitaris o socials (copagaments parcials o al 100%). Si no es té en compte això, com que els problemes socials sols afecten a la població de menor renda i darrera dels serveis sanitaris acostumen a haver-hi forts interessos econòmics incrementalistes, sempre es destinaran proporcionalment més recursos públics a les mancances del benestar físic que a les mancances de benestar social, amb la corresponent manca d'equitat en salut pel conjunt de la ciutadania. El mateix podem dir per l'àmbit del

benestar mental: sempre s'acabaran destinant més recursos públics a la salut mental "medicamentada" que a les deficiències en benestar mental derivades de la pobresa.

Ara bé, la ineludible limitació dels recursos disponibles i la diferent naturalesa entre els serveis sanitaris i els socials determina que mentre els recursos públics poden anar destinats a resoldre i/o controlar en un 100% bastants dels problema de salut corresponents al benestar físic; el recursos públics destinats a problemes socials acostumen a estar orientats a pal·liar les mancances detectables, més que a resoldre en un 100% algunes d'elles. Una tendència que s'accentua en un món globalitzat. Si, com he recordat, la salut 100% i sempre no és compatible amb la naturalesa humana, la manca absoluta de problemes socials que afecten a la salut en un món globalitzat són de molt difícil consideració, des de la perspectiva d'equitat, en aquest món globalitzat. Aquesta diferència es deu també a què mentre que en el problemes de benestar físic les decisions d'aplicació de recursos econòmics a un diagnòstic o tractament requereixen d'especialista (un metge o metgessa), en les decisions sobre recursos per tractaments de serveis socials les decisions poden estar en la pràctica i malgrat el paper dels assistents socials, molt més en mans de mers polítics, gestors o economistes. Aquestes diferències expliquen també perquè mentre el copagament és excepcional en la cartera pública de serveis sanitaris sigui habitual en la cartera de serveis socials.

Aquest és el repte que hem d'assumir en l'estratègia per l'equitat en salut: és necessari vincular i/o integrar serveis sanitaris i socials i això comporta assumir el risc de què uns superiors nivells de copagament en serveis socials incrementin la pressió per a uns nivells superiors de copagament en els serveis sanitaris. Haurem de filar prim.

**Cinquena batalla:** Encara més complexa: segregar, dins de la sanitat pública, els serveis acreditadament necessaris o convenients per a la salut a curt i llarg termini, dels serveis poc acreditats o simplement consumistes.

Vivim en una societat dominada per l'estètica i el consum. Vivim en una societat en què les dues especialitats més escollides en la recent convocatòria MIR han estat la dermatologia i la cirurgia estètica. Els avenços tecnològics ens fan fàcilment pensar que tot és solucionable, només falta poder finançar-ho, primer a nivell de recerca, desprès a nivell de prestació. Però ja estem veient que el creixement lineal, constant, per a tots, no és



possible; és més, l'error de creure-ho l'acaben pagant no els qui ho prediquen, sinó els més febles.

Al final de l'exposició de motius de la proposició de Llei per modificar la Llei de noves formes de gestió, la Llei privatitzadora del govern Aznar (2007), una proposició presentada per Izquierda Unida, Iniciativa per Catalunya Verds i Esquerra Republicana es diu: "hay una estrategia de avanzar de manera lenta y continuada hasta conseguir que el derecho a la protección de la salud deje de ser un derecho de todos los ciudadanos y pase a ser un privilegio para aquellos que puedan pagársela, dejando para los demás un modelo similar a la antigua beneficiencia". Aquesta estratègia no passa sols per la privatització o per la reducció del pes de l'atenció primària com a vertebradora del sistema, passa també per la consideració de què els avenços tecnològics i en medicaments per la salut són també motor del desenvolupament econòmic. És cert que ho poden ser, però també és cert que aquest desenvolupament econòmic pot ser que ho sigui només pels titulars de la patent corresponent. I també és cert que, com que ja es preveu que el nou avenços seran costosos i no es podran finançar per a què siguin aplicables a tothom, ja s'està preveient que aquests avenços sols s'apliquin en els centres públics o concertats pels qui s'ho puguin "copagar" directament o mitjançant una assegurança privada complementària.

La resposta aparentment lògica és: no ho hem de permetre, no s'han de prestar serveis només a uns pocs, els qui s'ho puguin pagar. Però crec que encara hi ha una resposta millor i més realista si tenim present el que passa a Barcelona, prop del mercat del Ninot, on van atendre fa poc al conegut Sr. Borbón. La resposta seria el que n'anomenaria un sistema "un per tres": si vostè està disposat a pagar perquè s'ho pot permetre, se li pot fer en un centre públic però el que pagarà és el triple i així, amb el seu pagament i sense enganys, es podran atendre dos pacients més. Aquí em limito a apuntar-ho, no és l'espai per explicar amb detall una proposta complexa però possible (escrita en un document de 30 pàgines) per assegurar l'equitat i evitar que el consumisme d'uns o la disponibilitats d'altres a gastar fortunes per allargar dos dies la vida d'un familiar no fomenti l'avenç cap a aquest model sanitari dual contra el que estan batallant al Congrés de Diputats en Gaspar Llamazares i en Joan Herrera. El primer round ja l'han guanyat amb el suport del PSOE. A evitar aquesta deriva cap a un sistema dual, que institucionalitzi la desigualtat, hem de concentrar tots els nostres esforços.

### Punts clau

**Tenim uns serveis de salut equitatius?** A Catalunya tenim uns serveis de salut que destaquen positivament per la seva proximitat però tenim notòries mancances pel que fa a l'equitat. Els recursos econòmics no estan distribuïts equitativament entre els territoris de salu. La transparència és la primera exigència.

**Quina relació hi ha entre els actuals copagaments i l'equitat?** Depèn del tipus de copagament (finançament per part del pacient en el moment de rebre la prestació): copagament parcial o "copagament 100%". No tots els copagaments impliquen falta d'equitat. Exemple: El programa vida als anys. Cal demanar transparència i equitat en els copagaments.

**Què fer davant l'ofensiva a favor del copagament?** Defensar l'equitat, i per això cal portar a terme diferents **batalles**:

La introducció de medicaments al finançament públic: No s'han d'introduir aquells que no aportin suficient valor afegit als existents.

Desautoritzar les fal·làcies argumentals que es donen sobre la necessària corresponsabilització per part dels usuaris.

Acceptar parlar de revisar l'actual sistema de copagament dels medicaments per fer-lo més equitatiu.

Vinculació o integració entre els serveis sanitaris i els serveis socials.

Segregar dins de la sanitat pública, els serveis acreditadament necessaris o convenients per a la salut a curt i llarg termini, dels serveis poc acreditats o simplement consumistes.



# La Jornada

# Taula 2
# Evidències polítiques i socials

# No es CoPagar. Es RePagar

**Antoni Barbarà (*)**

Con este título inicié mi exposición en el contexto de la Jornada convocada por *Dempeus per la Salut Pública* el día 10 de junio de 2010, en Barcelona El encuentro situaba en su titular el objetivo explicito del trabajo: No AL Copagament: equitat en salut pública.

No me extiendo sobre la calidad y cantidad de l@s participantes, pero destaco el interés y la necesidad de releer sus intervenciones, que me parecieron y, cada día más, me parecen, de una excepcional claridad y rigor. En ese escenario mi aportación, como secretario de Dempeus, pretendió exponer de forma muy sinóptica e inteligible algunos de los principales argumentos contra el co/re/pago en la controversia social, sanitaria y mediática generada. Con ese objetivo apoyé mi discurso en una presentación en Power Points (material a disposición, en el Dossier de la Jornada editado en el blog de Dempeus) que me permitió centrar las ideas fuerza así como incorporar algunas viñetas del genial Roto, en clave de ese humor lúcido, descarnado y saludable.

La presente transcripción recoge en formato convencional la substancia, de esa, mi aportación al compendio coral de esa Jornada memorable.

1.- Para empezar reproducir cinco afirmaciones que circulan entre nosotros con normalidad y con pretendida patina de certeza, cuando son sencillamente cinco mentiras. Mil veces repetidas pero no por ello, en absoluto, ciertas... y por lo tanto perfectamente denunciables desde la afirmación opuesta, a veces incluso literalmente antagónica. Cinco mentiras versus cinco verdades:

---

(*) *Antoni Barbarà Responsable d'Europa d' EUiA i Secretari de DEMPEUS*

- "El sistema de salud es insostenible" nos dejan de repetirnos, cuando lo más cierto es que "El Sistema es perfectamente sostenible, es eficiente y lo es en su carácter público"... Eficiencia es la alta calidad y cantidad de prestaciones en salud con los recursos limitados que se le destinan.

- "Gastamos demasiado. Hay que ayudar a pagar" nos advierten. Cuando lo cierto es que "Dedicamos muy poco, si lo comparamos con referentes en la U.E., al gasto social y de salud".

- "Hay que racionalizar el uso, ante tanto abuso" argumentan induciendo así a l' autoinculpación a la ciudadanía. Ciertamente "Podríamos gasta mejor si evitáramos fugas" como son las privatizaciones y las externalizaciones...

- "Hay que disuadir el consumo gratuito" dicen. Cuando es el propio "Sistema demasiado bio-médico-consumista" despilfarrador de recursos, excesivamente curativista y escasamente preventivo y integrador. Tampoco es "gratuito", que en todo caso, pre-pagado con nuestros impuestos.

- "En todo el mundo se Copaga" nos engañan. No es cierto, incluso hay casos en que después de la experiencia se ha rectificado viendo su ineficiencia, mientras que en cambio "Nuestros resultados son ejemplares y envidiables".

2.- Una afirmación conceptual y básica para las personas aquí convocadas y para reproducir "urbi et orbe": "La Salud es un derecho. No un negocio".

- Recogemos algunos datos frente a la actual "epidemia de privatizaciones". Esas cifras indican la eficiencia del sistema público de salud, a pesar de las actuaciones de empresas e intereses privados que suponen verdaderas parasitaciones, a expensas de derivar y apropiarse de los recursos públicos.

- Dedicamos a sanidad el 6'1 % del PIB. Dos puntos menos que la UE-15. En Reino Unido el 6'9 %, Alemania 8 %, Francia 8'7 %. EE.UU dedica el doble, más del 17 %.

- Tenemos una sanidad pública que mantiene su carácter definidor universal, integral y de calidad.

- La mitad de los recursos públicos se externalizan, se usan en el exterior del sistema, o se conciertan con empresas privadas.



3.- Nos acusan y reprenden... por acudir en exceso al sistema sanitario, por hiper-frecuentar, pero realmente ¿Abusamos, usamos mal el sistema de salud? ¿Hiperfrecuentamos ?

- La media de visitas médicas es en España de 8'1 por año. Dicho así podría parecer abusivo frente al promedio de 4- 5 de los países europeos. Pero hay que anotar de inmediato que se contabilizan como visitas, presencias y atenciones que son más burocráticas que propiamente sanitarias. Sabemos que 3 de cada 4 pretendidas visitas han sido inducidas por una primera consulta, en forma de posteriores exploraciones, protocolos, interconsultas, tramitaciones, etc.

- En el presente año, en Cataluña, y solo con algunas correcciones sencillas de tipo organizativo (y también con una evidente disminución de presión demográfica por causa de la crisis) el porcentaje de visitas se ha reducido en un 8 %.

- De las visitas anotadas se constata que un 80 % corresponden a enfermos crónicos y/o pensionistas y en muchos casos se trata de simple seguimiento y control rutinario.

- Hay que aceptar que el mismo sistema sanitario retroalimenta muchas asistencias y visitas que muchas veces representan más riesgos iatrogénicos y costos superfluos que auténticos beneficios, sobretodo en términos de salud.

4.- Tal como intentar imponer y convencer determinadas autoridades sanitarias y económicas,... ¿Repagar, evitaría abusar del sistema? Se lanzan globos sonda de todo tipo. Se rumorea una tasa de Co/Re/pago de 1€ por visita ambulatoria, o 10 € por urgencia... Lo más cierto que con esa imposición estaríamos frente al principio del fin de la equidad y la universalidad del sistema.

- Paradójicamente esas tasas no resolverían en absoluto la financiación sanitaria, que incluso podría empeorar al incorporar más mecanismos administrativos y burocráticos.

- En ese supuesto recaudatorio a pie de consulta, de 1 y 5 € , se recaudarían 600 millones de €. Esa misma cantidad se ingresa ya aplicando un 7'5 % de descuento en la factura farmacéutica, por causa y argumento de la crisis.

- Queda demostrado, ilustrado y con bibliografía internacional: la pretendida

disuasión de visitas solo lo es para los sectores más pobres y necesitados.

- Si realmente fuera cierto que así se evitasen accesos a las consultas todavía se rompería más la equidad.

5.- Parece que no serviría ni para disuadir, pero tampoco para financiar. Algunos dicen que tan solo se trata de dar un carácter simbólico. Si así fuera, ni tan solo se aspiraría a un fin demostradamente recaudatorio o co-financiador. Lo más cierto es que para corregir esas pretendidas insuficiencias financieras, la solución pasa por dos líneas: Ingresar más e Ingresar y gastar mejor.

- Más dotación económica para salud y sanidad, más ingresos para servicios sociales,.. en términos absolutos y relativos. Para ello se puede y se debe contemplar la reforma fiscal redistributiva y progresiva que sea necesaria.

- Cambio de criterio de prioridades en el gasto presupuestario. Más atención y dotación a la prevención y promoción de la salud, y a la atención primaria.

- Mayor rigor en la prescripción farmacéutica. Vigilar, adecuar y asegurar que se prescribe todo lo necesario, pero solo lo necesario.

- Actitud de permanente corrección vigilancia y adecuación a una mejor praxis médico-sanitaria, evitando excesos, abusos, exploraciones no necesarias, riesgos y manipulaciones que no son imprescindible ni eficientes.

- Contar con la Co-participación ciudadana. Las persona, la ciudadanía es el destinatario y protagonista de la salud colectiva y por ello es imprescindible que participe, aporte, contraste, apunte objetivos, comparta métodos y valores, y en definitiva se genere una corriente empática fundamental entre profesionales y ususari@s.

- Reversión, recuperación de la situación previa con titularidad y gestión públicas de multitud de conciertos, privatizaciones, externalizaciones, que derivan a beneficios de lucro empresarial su original procedencia pública.

6.- Mal de muchos... conformidad de tontos. Se intenta imponer aquella falacia de que en "Todo el mundo se CoPaga ". ¿Sí? O aquello otro de que "Total, si ya copagamos las farmacia... !" Una vez más, mensajes



de subordinación a conceptos falsos como el primero o mal interpretados como el segundo.

- Lo más cierto es que, demostradamente, a Más Repago corresponde, Más inequidad. El mismo caso de la farmacia, donde en efecto venimos copagando los trabajadores en activo, demuestra sobradamente la inequidad, el dispendio excesivo y la ineficiencia.

- Además de España, otros países europeos No Copagan (ver informe de Luis Camprubí en esta Jornada) , y lo que es aun más significativo: en Reino Unido se implantó el Corepago y una vez demostrada su ineficiencia e injusticia se retiró a posteriori.

- Los países Europeo que Co/re/pagan no demuestran mayor eficacia ni calidad de asistencia. Antes lo contrario. Más caro y más ineficiente.

- En los EE.UU de América, con una tremenda dedicación de casi el 17 % del PIB a sanidad, y una vez se aplique la Reforma sanitaria Obama, tal como la han conseguido recortar, amputar y desnaturalizar, van a seguir siendo el paradigma de lo caro, inequitativo y ineficiente.... Pero con mayores rendimientos de negocio empresarial.

- La experiencia confirma que cuando se introduce el concepto de tasa por asistencia, o copago, la cantidad aportada ya nunca decrece. O se mantiene (impuesto del céntimo sanitario en los carburantes en Cataluña), o siempre tiende a aumentar generando más y mayores cribas de acceso a sectores económicamente más debilitados.

7.- Para combatir eficazmente toda esta agresión, es imprescindible que la ciudadanía se movilice en defensa firme y cerrada de este derecho fundamental. Como explica Àngels Martínez castells, presidenta de Dempeus, solo el protagonismo y la titularidad de lo **público** pueden blindar el sistema público a nuevas acometidas privatizadoras, que es lo que en definitiva supondría el copago. Así pues, entidades como Dempeus reivindican el compromiso social. ¿Empoderarse o Apoderarse?

- Coparticipar es codecidir. No se trata de que nada ni nadie nos "otorgue", nos "conceda", la capacidad de poder (empoderamiento), sino de recuperar democráticamente ese poder que reside en el pueblo y en la sociedad. Los derechos sociales se defienden, se ejercen y se exigen, no se negocian ni se piden.

- La salud es siempre pública o NO es salud. La sanidad (como atención personal) puede ser pública o privada, pero la salud siempre es, por definición, pública.

- Los grandes determinantes de salud, lo que representará el estado e salud de una sociedad, son de por tanto de base social, económica. Cultural, de genero, de origen, de clase social...

- Sistematicamente debe abordarse el tema de la salud desde la triple vertiente, siempre presente, de lo biológico, psicológico y social.

- Así pues no somos "clientes" como nos pretenden sutiles gestores neoliberales. Somos los titulares, causa, objetivo y centralidad del sistema y además sus destinatarios.

8.- Llegados a este punto, si no antes, aparece inevitablemente la gran pregunta: ¿No me estarán Vds. hablando de política?

- Por supuesto que SÍ: De POLÍTICA de verdad, noble, honesta y en mayúsculas. De las causas políticas que son las causas determinantes de las causas sociales en salud pública. De derechos sociales, humanos y económicos. De lo colectivo, lo social, justo y solidario.

- Desde luego que NO: De "politiquerías", ni de partidismos sectarios. No de acatar patronos, subordinaciones, ni pagos ni "indicaciones". Ni de instrumentalizaciones. No de los que se dicen "apolitic@s" y solo hablan de "lo suyo". De mercado y de negocio.

9.- Y sabemos que toda esta batalla es difícil y que el enemigo es poderoso. Especialmente complejo resulta el debate en períodos electorales, para lo bueno y lo malo. Son tiempos de "Sucedáneos electorales". De cómo introducir, colar, camuflar el tema copago – que naturalmente produce elementales y lógicas posiciones de rechazo- en los programas electorales, de forma subrepticia y falaz. En estas ocasiones el tema, expresado en su naturaleza, "No es oportuno", y se practican o postulan sofisticados co/re/pagos enmascaramientos. Nos hablarán de...

- Desgravaciones fiscales a quienes subscriban pólizas de asistencia o seguro privadas. Esas pérdidas de ingresos repercutirán adelgazando más la aportación pública de recursos al gasto social.



- Cartera de servicios a la baja. Lista creciente de exclusiones asistenciales consideradas "no fundamentales" y en cambio con buena demanda privada.

- Oferta de servicios optativos. Pagando una determinada cantidad mejorar pretendidamente la prestación asistencial, ya en tiempo de espera, confort, etc.

- Muy perversa y de fácil penetración/aceptación es la posibilidad de "pago por acceso preferente" a servicio público. Siempre mezclando asistencia pública con aportación negociable privada.

- Mejores atenciones logísticas y hoteleras en los hospitales públicos: comida a la carta, habitación individual, servicios y tecnología...

- Packs de oferta comercial de servicios, con promociones económicas: atención buco dental, estética, dermatología, podología, óptica, etc.

- Reintegros en los copagos. Ud. Paga de entrada y si luego demuestra que su petición de asistencia era "justificada" se le reintegra su dinero... imaginémonos la burocracia, conflictividad y complejidad de una medida de tal insensatez.

- Primas por seguros privados. Descuentos para quienes opten por seguros o por asistencias privadas.

- Y toda aquella manipulación posible desde la consolidada experiencia gestora de quienes tratan la salud como un mercado y la asistencia como un producto.

Vistas las cosas como realmente son, no cabe entrar a discernir en que cantidad o porcentaje se podría transigir. No hay negociación. Cualquier fisura en el edificio del Sistema Nacional de Salud tal como hoy disponemos y entendemos, sería el inicio de un proceso ya imparable de grieta y derribo final del carácter público, universal, equitativo, solidario y de calidad.

Así que solo cabe una actitud inteligente y consecuente.

¿Copago? Responder dempeus, con Dempeus:

**¡¡ PUES VA A SER QUE NO !!**

# El copago: un impuesto sobre la enfermedad [1]

**Marciano Sánchez Bayle (*)**

Recientemente y al rebufo de la crisis económica se ha vuelta a activar la polémica sobre el copago, polémica que en realidad está abierta en España desde 1991, fecha en la que se aprobó el conocido como Informe Abril que lo propugnaba. La palabra copago, que no está en el diccionario de la real Academia, se utiliza habitualmente para aquellas situaciones en las que las personas abonan alguna cantidad parar tener acceso al servicio sanitario. En España existen ya algunos copagos, como el que soportan los trabajadores activos para el acceso a los medicamentos, pero en general son poco relevantes. En Europa existen en muchos países con modelos y cuantías variables.

Los argumentos que se suelen utilizar para propugnarlos tienen que ver con que se considera que el gasto sanitario es excesivo, que existe un exceso de utilización, que es necesario generar entre los ciudadanos conciencia del coste de los servicios y por fin, y este es un asunto generalmente no expresado en público, que puede ser una fuente de ingresos relevante.

---

[1] *Ponencia basada en el artículo publicado "Copagos, impuestos sobre la enfermedad", Revista de la Fundación, 18 de agosto de 2010.*

---

(*) *Presidente de la "Internacional Association of Health Policy", Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo y Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública.*

## ¿Gastamos mucho?

El primer argumento se cae por sí solo. El gasto sanitario español es bastante modesto: 2.671€/habitante y año de gasto total (1.917,7 de gasto público) frente a 3.040€ (2.254€ de gasto público) de la OCDE (OCDE Health Data 2009) y el crecimiento de este gasto sanitario es también modesto (2,7% en los últimos 10 años frente al 4.1% de promedio OCDE) y con una eficiencia notable ya que estamos situados claramente por encima de la regresión que relaciona la esperanza de vida con gasto sanitario, o lo que es lo mismo, los españoles tenemos 3 años más de esperanza de vida de lo que se correspondería con nuestro gasto sanitario (ver figura 1).

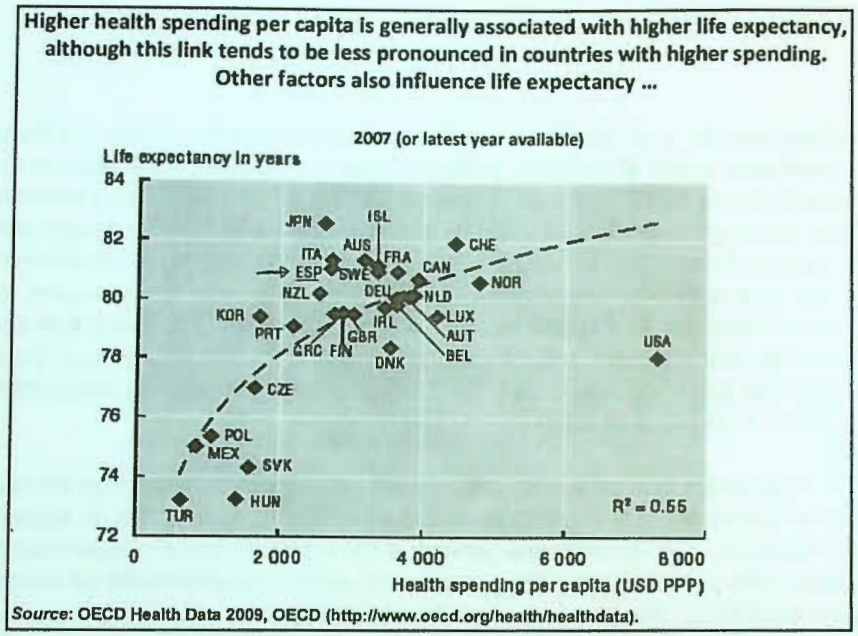



**Figura 1. Relación de la esperanza de vida en años y el gasto en sanidad por persona. Fuente: OCDE 2009**

Por otro lado no se debería olvidar que un 10,7% de la población tiene además un seguro privado (obviamente los que tienen más recursos) por lo que ya se está contribuyendo al gasto sanitario por esta vía y lo que también explica que el gasto sanitario público sea solo el 71,8%, muy debajo de la media de los países de la UE.



## ¿Nos lo podemos permitir?

La segunda cuestión a reflexionar es cuál es la capacidad de la población para asumir nuevos costes en la atención sanitaria. En España en abril de 2010 según el INE existían 8.644.000 pensionistas con un importe medio total de sus pensiones de 776,44€ (847,86€ en caso de incapacidad, 880,15€ en caso de jubilación, 570,49€ en caso de viudedad y 349,69 en caso de orfandad) y aunque la distribución de las cuantías de las mismas es amplia, no llegan al 1% los que tiene pensiones superiores a 1.900€/mes (ver figura 2). Además hay que tener en cuenta que más del 80% de los pensionistas tiene una o varias enfermedades crónicas y que su consumo de fármacos es alto (no por gusto sino por prescripción de los médicos) y que la mayoría está polimedicada.

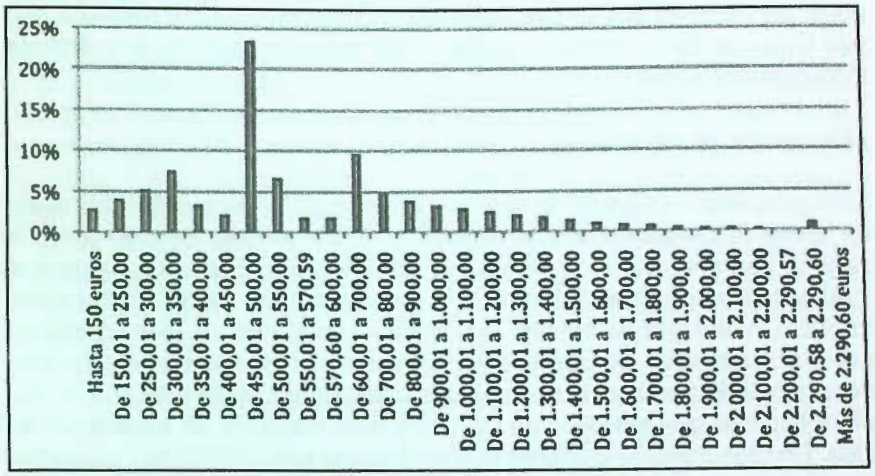



**Figura 2. Pensionistas según cuantía de la pensión 2006 (Fuente INE)**

Otro aspecto que debe considerarse es que en ese mismo mes (INE, abril 2010) existían 4.612.700 parados, y que 1.298.300 hogares tenían a todos sus miembros en paro, y que el 57% de los trabajadores con empleo cobran menos de 1.000€ al mes.

De todo ello se deduce que la mayoría de la población, muy especialmente los que más utilizan los servicios sanitarios públicos, que son los mayores de 65 años, lo que suele coincidir con los jubilados, tienen unos recursos muy limitados a lo que se ha sumado la población en desempleo que es previsible no se reduzca a corto plazo y también vaya agotando su

derecho a la prestación del desempleo con lo que su situación económica se deteriorará aún más.

Los estudios realizados sobre los efectos del copago son todos coincidentes y concluyen en que la eficacia en la contención del gasto sanitaria es mínima o irrelevante, las cuotas de participación son un impedimento de importancia en el acceso a los servicios para los pobres y los ancianos que viven con bajos ingresos, que retrasan o impiden el uso de servicios sanitarios necesarios y que no se ha demostrado su capacidad para contener la demanda, que incluso, en algún caso se ha incrementado (Department of National Health Welfare, Canada 1991; National Health Strategy Unit, Australia 1991; Escola de Saude Publica, Portugal 1990). Es más, la Organización Mundial de la Salud en Europa señalaba en 2003 (Social determinants of Health: The Solid Facts. WHO Europe 2003) que "Hay que abolir las barreras a la asistencia médica, cualquier tasa por pequeña que sea tiene un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente más desfavorecidos".

### ¿Hay exceso de utilización?

Otro argumento utilizado es que en España se da una sobreutilización de los servicios sanitarios y la base para decirlo es que, también sobre la base de los informes de la OCDE, en 2006 había en España 8,1 visitas al médico por habitante y año, mientras que el promedio de la UE-15 estaba en 5,8. Obviamente lo primero que habría que pensar es si la utilización era o no apropiada porque podría darse el caso de que tuviéramos una utilización adecuada y los otros países inapropiadamente baja, lo que pudiera explicar que estemos en las cifras más elevadas de esperanza de vida. En todo caso es evidente que en España existen muchas consultas que son de carácter burocrático y claramente evitables (seguimiento de las bajas laborales, recogida de recetas en casos de largo tratamiento, certificados, etc) que podrían ahorrarse, y de hecho ya están empezando a evitarse con sistemas informáticos apropiados, y que el papel de la enfermería en atención primaria no está racionalmente utilizado de manera que muchos problemas que utilizan una consulta médica podrían perfectamente ser resueltos en las consultas de estos profesionales.

Por último también hay que tener en cuenta que las únicas consultas que deciden los ciudadanos son las que se producen a demanda ante un problema agudo, pero a partir de esta primera demanda la decisión está en manos de los profesionales. El exceso de utilización inapropiada no está

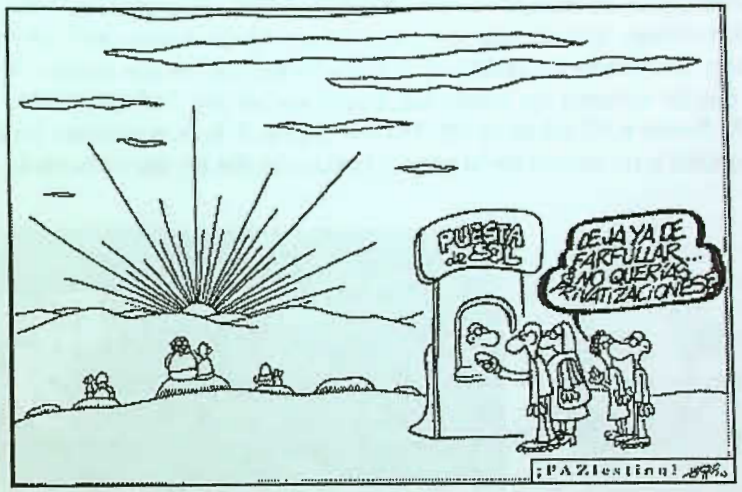


establecido, pero en todo caso hay algunos factores de la organización de nuestro sistema que favorece un exceso de carga burocrática en las consultas y una gran parte (más del 70%) de las consultas son decididas por los profesionales y no por los ciudadanos.

### ¿Los ciudadanos no tienen conciencia de coste?

Desde hace años la sanidad se financia dentro del sistema de financiación de las CCAA mediante los impuestos. Una parte de la ciudadanía sin embargo piensa que lo hace con las cuotas de la Seguridad Social (el 46,2% según el último Barómetro Sanitario de 2009), pero en todo caso tiene claro que se paga por la vía impositiva (sólo un 10,8% dice no saber como se produce la financiación) o sea que la inmensa mayoría sabe que no es gratis y que cuesta un dinero que sale del conjunto de la población.

Detrás de este argumento hay una falacia evidente, la de se utilizan mal y no se valora lo que es, o parece gratis. Si esto fuera cierto, la población intentaría compulsivamente aumentar el número de respiraciones por minuto para consumir la mayor cantidad posible de aire, ya que de momento es gratis, o sólo valoraría como satisfactorias las relaciones sexuales de pago y se tendría más afecto por sus hijos si han tenido que pagar por el parto. Todos sabemos, mal que les pese a los neoliberales, que la inmensa mayoría de la población, tenemos afectos y satisfacciones sin que medie coste alguno, y yo diría más: éstas son las mejores y las que más nos ennoblecen.



Si lo que se trata es de recordar a los olvidadizos que sus impuestos pagan la sanidad y que esta tiene un coste elevado, nada más fácil que colocar a la puerta de los centros sanitarios un cartel con sus presupuestos anuales o de algunos costes de actividad bien conocidos, aunque tampoco estaría de más que se incluyeran los gastos en propaganda y autobombo que hacen nuestras autoridades sanitarias.

### ¿Genera recursos adicionales?

Desde luego no lo parece. Establecer un sistema de copagos precisa necesariamente de unos costes de implantación y mantenimiento que pueden ser muy amplios y que serán mayores cuanto mayor sea la complejidad del sistema, o sea que cuando se dice queremos poner en marcha un sistema muy justo que considere la problemática concreta de cada cual, mediante exenciones, tramos por renta, etc., lo que estamos diciendo es que vamos a necesitar un sistema de recaudación cada vez más caro. Ahora bien, si no queremos que el impacto sobre la población sea dramática los niveles de copago tendrán que ser necesariamente bajos y su efecto recaudatorio nulo o negativo (es previsible que incluso el sistema gaste más de lo que recaude).

Por otro lado puede tener costes indirectos no considerados inicialmente. En un reciente estudio (New England 2010) el efecto de aumentar el copago fue una disminución del número de consultas, pero a la vez un aumento de los ingresos con un resultado final de un aumento de los costes en 24.000$/año por 100 personas, de lo que parece deducirse que lo que se produjeron es menos visitas necesarias con un empeoramiento de las enfermedades que acabaron produciendo ingresos que podrían haberse evitado. Conviene no olvidar que España es uno de los países de la UE con menor número de estancias hospitalarias por 100 habitantes y año (10,72 frente a 15,92 de la UE-15) (ver figura 3) lo que también puede ser una causa o un efecto de la mayor frecuentación en las consultas.



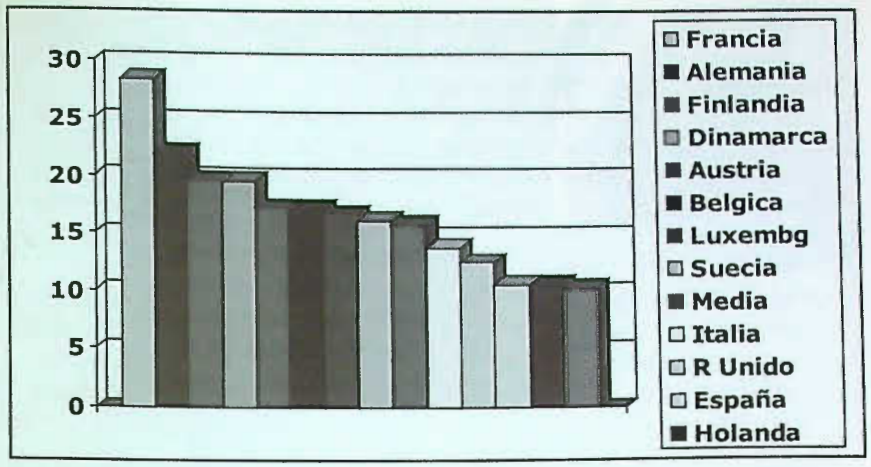



**Figura 3. Estancias hospitalarias/100 habitantes y año. Fuente: OCDE Health Data 2009**

Resumiendo el copago es injusto e insolidario, favorece la inequidad ya que penaliza a las personas más pobres y más enfermas y desde luego es incomprensible que se proponga en un momento de grave crisis económica. Nuestro sistema sanitario se basa en la solidaridad de las personas con más recursos y más sanas, con las que están más enfermos y tienen peor situación económica, además de una elevada accesibilidad a los servicios. La implantación de copagos rompería estos principios y pondría en cuestión precisamente aquello que le ha hecho universalmente apreciado.

PUNTOS CLAVE

¿Gastamos mucho? El gasto sanitario español es bastante modesto (2.671 €/habitante y año de gasto total frente a 3.040€ de la OCDE) con una eficiencia del gasto notable: los españoles tenemos 3 años más de esperanza de vida de lo que se correspondería con nuestro gasto sanitario.

¿Nos lo podemos permitir? Gran parte de la población española no puede asumir nuevos costes en la atención sanitaria: en España existen más de 8,5 millones de pensionistas, más de 4,5 millones de parados, y el 57% de los trabajadores cobra un sueldo inferior a 1.000 €/mes.

¿Exceso de utilización? El exceso de utilización inapropiada no está establecido, aunque existen muchas consultas que son de carácter burocrático y claramente evitables.

¿Los ciudadanos no tienen conciencia de coste? La inmensa mayoría sabe que no es gratis y que cuesta un dinero que sale del conjunto de la población vía impuestos.

¿Genera recursos adicionales? Establecer un sistema de copagos precisa costes de implantación y mantenimiento que pueden ser muy amplios, especialmente si queremos implementar un sistema justo. El copago puede tener costes indirectos no considerados inicialmente: disminución del número de consultas pero a la vez un aumento de los ingresos hospitalarios, con el consecuente aumento de coste.

La impantanción de copagos rompería los principios de justicia y solidaridad y pondría en cuestión precisamente aquello que le ha hecho universalmente apreciado.



# Copagament i Atenció Primària: qui guanya, qui perd

**Ramon Morera (*)**

## INTRODUCCIÓ

Alguns polítics, gestors i economistes sanitaris plantegen la necessitat d'ampliar el copagament al nostre sistema sanitari. Tenen els seus arguments per plantejar-ho però, quan es realitza un plantejament rigorós i havent alternatives que poden garantir la sostenibilitat del sistema sanitari, el debat sobre el copagament des de la perspectiva de l'Atenció Primària no té cap sentit.

L'Atenció Primària (AP) és un del serveis públics que ha rebut més pressió assistencial i on s'ha pogut sentir més una necessitat de racionalitzar la demanda. Aquesta demanda excessiva d'atenció sanitària ve provocada per diversos factors: la pròpia medicalització que genera el sistema sanitari i que està en constant creixement; el consumisme de la nostra societat i la recerca de la immediatesa; o l'enlluernament de les noves tecnologies mèdiques. D'altra banda l'hospital és tradicionalment el centre de referència per l'atenció a la malaltia en detriment, sovint, de l'atenció primària. Aquesta tendència genera que l'atenció sanitària pels processos de malaltia que no són greus sigui molt més costosa del que és necessari.

(*) *Ramon Morera i Castell és metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària i membre fundador del Forum Català d'Atenció Primària (FoCAP).*

## Arguments que podrien justificar ampliar el copagament al nostre sistema sanitari

### *Més activitat sanitària no significa més salut*

Cal ser conscient que més activitat sanitària no significa necessàriament més salut i, per tant, cal buscar solucions a l'excés de demanda.

### *Sorgiment de comportaments oportunistes o d'hiperconsum*

Sorgeixen comportaments oportunistes o abusius com el risc moral (moral hazard) que es tradueixen en hiperconsums d'un determinat bé, però únicament es produeix per un percentatge molt minoritari de la població.

### *Tensions entre el finançament del sistema sanitari i les despeses*

La limitació de recursos públics no es correspon amb el creixement de despesa en salut, el que genera tensions entre el finançament possible i les despeses que produeix el sistema sanitari.

## Algunes qüestions que cal plantejar-se abans de parlar de copagament

Tot i l'existència de possibles arguments que podrien justificar l'ampliació del copagament al nostre sistema sanitari, cal plantejar-se algunes qüestions rellevants abans de parlar de copagament. Algunes qüestions que cal debatre són en primer lloc com i quant es modificaria l'ús d'un servei i com es modificaria l'ús de serveis alternatius amb la introducció del copagament. Cal plantejar-se si aquestes modificacions són eficients en la part econòmica i són efectives en la part clínica. Com a punt essencial cal saber si aquestes modificacions indueixen a l'inequitat en l'accés de l'atenció sanitària o inequitat en la fiscalitat, i per tant si es poden produir diferències entre els diferents grups socioeconòmics. No cal oblidar tampoc una pregunta essencial de relleu en el camp de la salut pública: es pot provocar un empitjorament de la salut individual o col·lectiva? Si l'objectiu del copagament es reduir el consum, s'ha d'analitzar si el consum es redueix o dissuadeix de la mateixa manera en tota la població i també quins són els costos de transacció que comportaria. Finalment és necessari plantejar-se si existeixen altres fórmules possibles alternatives al copagament.



## ¿Per què ampliar el copagament al nostre sistema de salut seria un error?

Existeix evidència per contestar algunes de les preguntes que es plantejaven anteriorment. Ampliar el copagament en el nostre sistema seria un error en primer lloc perquè pot afectar l'equitat, un dels grans valors dels nostre sistema de salut. El copagament redueix l'accessibilitat a l'atenció sanitària, no obstant aquesta reducció es produeix no només en els serveis innecessaris sinó també en els més importants. Avui ja sabem que el copagament és incapaç de racionalitzar l'ús dels serveis sanitaris. Alhora hi ha estudis que no troben una millora de l'eficiència dels serveis sanitaris amb la introducció del copagament ja que aquest té poca capacitat recaptatòria i en canvi una elevada generació de nous costos transaccionals.

## Les alternatives per disposar d'un millor sistema sanitari i més eficient

### *Implementació de noves estratègies d'Atenció Integrada per les malalties cròniques associades a l'envelliment*

Actualment només un 20% dels pacients consumeixen un 80% dels recursos sanitaris. Bona part d'aquests pacients són pacients complexos amb malalties cròniques i coexistents. La resposta del sistema sanitari a aquests pacients és una resposta fragmentada, poc orientada a les seves necessitats i molt costosa. Una nova organització del sistema sanitari centrada en l'Atenció Primària i amb la visió d'Atenció Integrada entre els diferents nivells donaria una millor resposta a les necessitats d'aquests pacients i s'obtindrien uns resultats molt més eficients.

### *Una Atenció Primària més potent*

Hi ha prous estudis econòmics que demostren que els millors resultats de salut d'una població amb els menors costos possibles s'aconsegueix quan hi ha una xarxa d'Atenció Primària potent.

### *Racionalització del procés d'incorporació de noves tecnologies i nous fàrmacs al sistema sanitari*

Una part important de l'increment de la despesa sanitària es deu a la incorporació de nous fàrmacs i de noves tecnologies mèdiques amb costos elevats, incorporació sovint provocada per pressions comercials. És essencial arribar a un sistema rigorós i independent d'avaluació de qualsevol nova tecnologia mèdica o de qualsevol nou fàrmac,

especialment els d'ús hospitalari abans d'incorporar-ho a la cartera de serveis pública.

***La funció "gatekeaper" de l'Atenció Primària***

Hi ha molts estudis que evidencien que per fer una correcta utilització del sistema sanitari és essencial que el ciutadà hi accedeixi a través de l'Atenció Primària de salut. En el nostre sistema hi ha nombrosos "bypass" que fan que l'Atenció Primària realment no sigui la porta d'entrada al sistema. En aquest sentit, un bon exemple a imitar és el del Servei Nacional de Salut anglès (National Health Service, NHS), que té consolidada l'Atenció Primària com a "gatekeaper" o guardià del sistema.

## Conclusions

S'ha objectivat que la introducció del copagament a l'assistència sanitària redueix el consum d'assistència sanitària però no l'adequació de la resposta clínica ni el cost total assistencial. Amb la introducció del copagament s'afecta també l'accés de tots els pacients, siguin o no hiperconsumidors, fins i tot en recursos preventius, el que provocaria externalitzacions negatives en la salut comunitària.

La incorporació del copagament en l'agenda política espanyola com a mesura per fer front a la crisi econòmica actual no té cap lògica ni en termes econòmics i molt menys en termes de salut de la població. Hi ha una llarga llista de possibles actuacions a desenvolupar al sistema sanitari que afavoririen la seva sostenibilitat i que sí que requereixen suport i lideratge polític.



### Punts clau

L'hiperconsum de l'atenció sanitària, el dèficit de finançament o el fet que més assistència sanitària no significa més salut, són tres dels arguments que s'utilitzen per justificar la introducció del copagament.

¿Per què ampliar el copagament al nostre sistema de salut seria un error? Afecta l'equitat, redueix l'accessibilitat a l'atenció sanitària fins i tot en els serveis més importants, essent incapaç de racionalitzar l'ús dels serveis sanitaris, i no millora l'eficiència dels serveis per la poca capacitat recaptatòria i la generació de costos addicionals.

Possibles alternatives per disposar d'un millor sistema sanitari i més eficient:

Implementar noves estratègies d'acció integrada per les malalties cròniques associades a l'envelliment nivells, les quals aconseguirien donar una millor resposta a les necessitats d'aquests pacients i obtenir uns resultats molt més eficients.

Potenciar el paper de l'atenció primària: diversos estudis conclouen que una atenció primària potent disminueix els costos econòmics de l'atenció sanitària.

Racionalització del procés d'incorporació de noves tecnologies i nous fàrmacs al sistema sanitari mitjançant un sistema rigorós i independent d'avaluació.

Potenciar el paper de "gatekeaper" de l'Atenció Primària: l'atenció primària ha de ser la porta d'accés a l'atenció sanitària.

# Copagos, repagos y privatización en el Sistema Nacional de Salud[1]

**Gaspar Llamazares**

Me parece que lo más importante de hoy es algo que es muy importante en política y es lo que alguien llamaba cínicamente una aportación de la izquierda y que es la disidencia. Bueno, creo que en este caso es especialmente oportuna en relación al copago, pero incluso de forma más amplia en relación al debate político sobre la sanidad o sobre la salud. En los últimos tiempos si hay una constante es que no hay debate político sobre salud, y es que además no interesa que haya ese debate político sobre salud. En este sentido, la mayor parte de las noticias son secretos a voces y que, cuando nos las dan, son malas noticias, pero mientras tanto todo el mundo niega y nadie reconoce. Creo que al copago le pasa lo mismo que a la privatización. Yo en Madrid no he oído a un solo representante del gobierno de la Comunidad de Madrid que están privatizando.... Pero vamos, que están privatizando es más que evidente. Ellos dicen otras cosas, como por ejemplo que cambian los modelos de gestión para que sean más eficientes (la cama privada de Madrid vale el doble que la pública, pero en todo caso intentan que les crean) pero no hablan de privatizaciones. En relación al copago, hasta ahora, se negaba el copago o se hablaba del copago con la boca pequeña. Yo creo que cada vez más, y al calor de la crisis económica, y al calor del debate del ajuste, empieza ya a hablarse cada vez más de copago, y sobre todo también porque el resto, y en este caso concreto también Dempeus y el resto de los ciudadanos que

---

[1] *Transcripción de la INTERVENCION de GASPAR LLAMAZARES en la JORNADA sobre COPAGO (REPAGO), EQUITAT y SALUT PUBLICA.*

**Per Àngels Martínez i Castells**

defendemos el sistema público, queremos poner sobre la mesa el debate del copago, No le tenemos miedo y además creemos que la mejor forma de conjurar una medida regresiva es que forme parte del debate político. En este sentido quiero valorar muy favorablemente este tipo de Jornadas y este tipo de debates porque si no ocurre que en las revistas sanitarias aparece lo del copago, en algún diario de tirada estatal llevamos ya una larga retahíla de artículos en relación al estado del Bienestar y al copago en particular... Yo tengo en concreto un artículo que duerme el sueño de los justos combatiendo esta campaña contra el estado del bienestar y el sistema público de salud, y es importante también que los mismos consejeros y consejeras y parlamentarios que defienden en reuniones discretas el copago lo defiendan de forma clara, porque así podremos discutir de él. Porque lo que han hecho con el copago es lo mismo que con el puente aéreo, que en vez de puente aéreo es una sima aérea. Bueno, pues en primer lugar deciros lo que ya se ha dicho aquí: que en vez de un copago es un repago. Es un intento de que los ciudadanos con menos ingresos paguen dos veces el sistema sanitario. Pero no es la última ni la más importante, porque al final la recaudación (yo hablaba recientemente con la Mesa del Parlamento Checo) y la recaudación, pues lo comido por lo servido, o peor incluso... El objetivo fundamental es mezclar el agua con el aceite. El objetivo fundamental es cómo en los modelos de gestión, es privatizar el sistema sanitario. Es introducir dentro del propio corazón del sistema criterios mercantiles que vayan reduciendo el sistema sanitario, y además creo que debe denunciarse esta propuesta de copago porque, como he dicho antes, aunque no haya un debate político sobre el sector sanitario –por lo menos no se quiere que haya a nivel estatal un debate político sobre el sistema nacional de salud—y el debate que hay en muchas ocasiones es meramente gestor, cuando la prioridad en mi opinión y el proceso no es precisamente gestor. Es decir, alguien decía que los fenómenos tienen que ver con la historia como la música militar con la música. Bueno, pues en este caso estamos en una cuestión muy similar: la gestión tiene tanto que ver con la evolución del sistema como un huevo con una castaña. La verdad que en estos momentos la realidad del sistema sanitario español (y no me meteré con los subsistemas que seguramente tienen su propia realidad) tiene muchas características pero tres son fundamentales, aparte de ser un sistema muy bien valorado, que todo el mundo considera de calidad, eficiente, con buenos resultados, con un buen resultado coste/eficacia, pero a continuación los que anuncian que tenemos el mejor de los mundos posibles anuncian al día siguiente que el sistema no es viable.



Y yo os recuerdo el maravilloso fondo de pensiones que tenemos en este país, el mayor de los últimos años, de 65.000 millones de euros, que hasta antes de ayer era la garantía de la viabilidad de nuestras pensiones y hoy al parecer ya no garantiza la viabilidad y pasamos de un sistema de pensiones con insuficiencias a otra cosa, seguramente como el sector sanitario. Seguramente se trata de encontrar otro nicho de mercado, de 65.000 millones de euros en pensiones, que es mucho nicho de mercado para tanto especulador suelto. Y lo mismo podríamos decir del sistema sanitario público, un sistema que funciona perfectamente y que también está en el punto de mira de los especuladores y los intereses económicos. Pero quería dar tres rasgos fundamentales de nuestro sistema sanitario por aquello que la autosatisfacción no lleve, como ha llevado en los últimos años, a evitar la reflexión, la crítica y el debate político. Porque la autosatisfacción y la calma chica nos advierten por lo menos en mi tierra cuando se trata de salir y la mar está complicada cuando aparece "calma chica" nos lleva a decir ,"que no salgas, por si acaso". En este caso la autosatisfacción oculta una involución del sistema sanitario público del cual el copago es, a mi modo de ver, un rasgo de esta involución. ¿Cuáles son los 3 rasgos que me preocupan del sistema sanitario público?

1.- En primer lugar, no es nuevo, pero se acentúa, la dualización. Cada vez hay un mayor papel del sistema sanitario privado. Ya tenemos un 2,5% del PIB en sanidad privada. Ha crecido de forma importante en los últimos años cuando no ha crecido tanto, y hay que decirlo claramente, el sector sanitario público. Por tanto, dualización. Las élites, las capas que tienen mayor poder adquisitivo se van alejando y marginando del sistema... Y un sistema sólo de pobres es un pobre sistema. Y hay que decirlo así. Y por tanto, esa es mi primera preocupación, y aunque parezca una valoración dura hay que decirlo así, porque el sistema o es UNIVERSAL o tiene una difícil viabilidad. Se está produciendo además de la dualización que se apoya en sistemas ya existentes... se apoya en MUFACE, en MUJEJU e ISFAS, (y eso también habrá que discutirlo porque si no nos estaremos engañando: ya existen dentro de nuestro propio sistema subsistemas privilegiados que de alguna manera son la antesala de la privatización).

2.- El segundo aspecto que comentaba antes, que al calor de los llamados modelos de gestión ha entrado en nuestro país de forma clara la privatización funcional y la privatización formal del sistema. Esto es cada vez más evidente. No sólo tenemos un sistema privado hacia el cual va una parte decisiva de la población española y que tiene una

relación de consumo, sino que dentro del propio sistema sanitario aparecen gestiones y relaciones de carácter privado, mercantiles, que cuestionan los propios principios de universalidad, de gratuidad de accesibilidad del sistema.

3.- Y luego aparece el tercer factor, muy relacionado con los anteriores, con la dualización y la privatización, que es la medicamentalización. Algunos habéis dicho medicalización, pero yo creo que la medicamentalización es la fase superior de la medicalización. Por tanto, un sistema cada vez más vinculado al medicamento y con una relación más complicada con el mundo del medicamento. Quiero resaltar que en el último decreto que le impone el FMI a España y donde le dice, de la A a la Z, lo que tiene que hacer, lo único que se modificó es lo que tiene que ver con las entidades farmacéuticas. Inicialmente era un recorte de precios que para ellas esa inasumible porque según ellas provocaba un efecto en cascada de los precios en los demás países europeos, con el tópico que creo injusto de que siempre aquí los precios son menores, y han conseguido que sea un descuento, que el gobierno cuantifica en 1.000 millones, pero hay ya descuento nominal porque hay cálculos recientes que llevan a creer que estos 1.000 millones se van a quedar en la mitad de la mitad. Por tanto, hay elementos suficientes para pensar que la medicamentalización es ya muy importante en nuestro sistema sanitario, y creo que deberíamos tenerla en cuenta.

El copago es en mi opinión es un corolario, una fase más de privatización de este sistema sanitario que, en mi opinión, deberíamos someter a debate y frenar en la medida de lo posible. En este sentido he reclamado inicialmente la disidencia y este acto me parece también un acto de resistencia y hay otra parte que es la defensa de propuestas o de alternativas que estoy seguro que vamos a hacer a lo largo de estos tiempos que son más difíciles que el reciente pasado, porque ahora la crisis es siempre un argumento más. Antes se ha dicho que la crisis económica debería ser un argumento negativo para el copago, o sea, para pagar dos veces. La crisis económica a la inmensa mayoría de la ciudadanía les supone más dificultades y por tanto a nadie debería pasársela por la cabeza que esa ciudadanía, en situación precaria, tuviera que pagar dos veces. Pues no es así.

Por ejemplo, en la subcomisión del Pacto por la Sanidad –que me preguntaban ahora cómo iba la cosa—hasta ahora este tema no había sido un tema conflictivo, y ahora ya lo es. "Hay crisis económica, no vamos a



poder sostener el sistema, y hay que empezar a hablar de cosas serias" y entre las cosas serias el copago es una de ellas y los modelos de gestión también. O sea, ver el sistema sanitario como una parte importante del PIB de este país como objetivo de la privatización, como punto de mira de los sectores que quieren salir de la crisis a espaldas de la inmensa mayoría de los ciudadanos. En esta crisis pues creo que estamos asistiendo no sólo a un recorte inicial de derechos –que se está produciendo, lo hemos visto en los últimos días. En esta crisis estamos asistiendo a uno de los ataques más importantes y probablemente más profundos del Estado del Bienestar y del Modelo Social Europeo. Y tendremos que defender el Modelo Social Europeo. Y dentro de este Modelo el sistema sanitario público es un pilar fundamental. Y luego, por otra parte, está demostrado que a los mercados (no sólo se ha demostrado en España, sino en toda la Unión Europea) a los mercados les sobra el Estado del Bienestar sino que les sobra la propia representación democrática de los ciudadanos,... y se pasan el Congreso también por el puente aéreo.

Por tanto, esta materia a mi me parece de la mayor importancia y en este sentido hay que adoptar iniciativas, como por ejemplo ésta de poner en evidencia el copago y resistir al copago como una medida más de privatización del sistema sanitario, pero creo que hay que adoptar también otras iniciativas políticas que paso a comentar brevemente.

Es imprescindible si queremos defender el sistema sanitario público frente a la dualización que he comentado antes, frente a ese intento de convertirla en un segmento de consumo y un segmento de mínimos, es imprescindible defender –y es una iniciativa que presentó nuestro Grupo y que anunció el Gobierno y no ha presentado y que estaba dentro del Consejo del Pacto Interterritorial y no han tomado esta iniciativa, como es el reconocimiento del acceso al derecho universal a la salud. Porque no es el detalle de que haya 200.00 ciudadanos que no tengan derecho a la asistencia sanitaria, todo y que es muy importante porque algunos de ellos han perdido el derecho a las prestaciones por desempleo y pierden también, como consecuencia, el derecho a la salud aunque pagan sus impuestos para tener asistencia sanitaria, pero hay otras materias que son también muy importantes como la integración del conjunto sistema sanitario público, la integración de esos seguros que conviven con el sistema sanitario público y que son el primer argumento de la dualización y de la privatización. No hay más que ver el gasto farmacéutico de unos y de otros, el tipo de consumo que daría mucho que hablar (de MUFACE, de MUJEJU) y demás subsistemas. Creo por tanto que el primer paso es la universaliza-

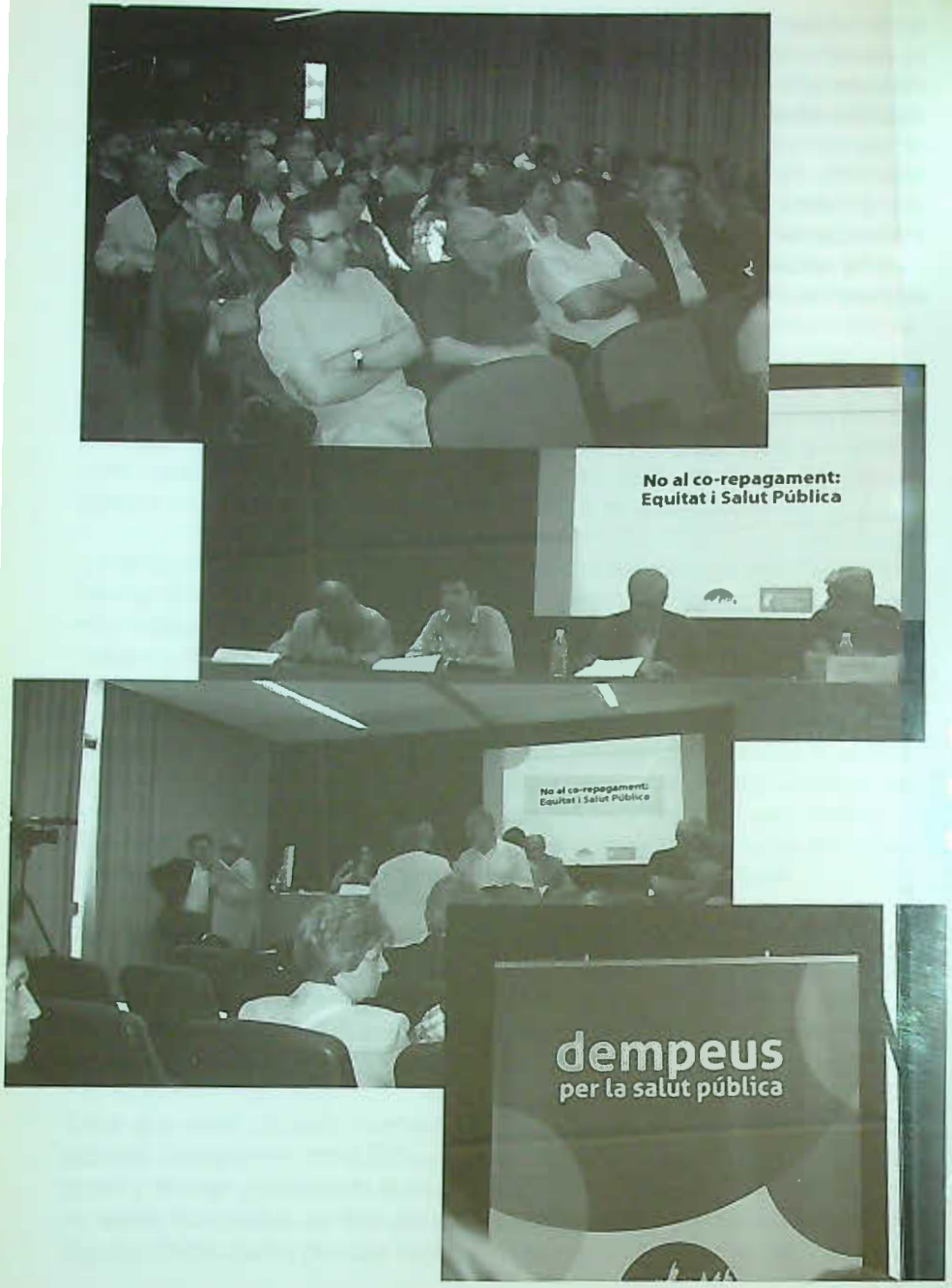
ción del sistema (nosotros hemos presentado una Iniciativa Parlamentaria en esa materia) , y ahí habrá seguramente un debate político de fondo. Otra de las cuestiones que también es a iniciativa de nuestro grupo parlamentario es parar la dinámica de privatización real de la gestión del sistema sanitario.

Creo que la Ley 15/97 fue una puerta abierta y ahora están entrando por la puerta, por la ventana y por el tejado... Están utilizando todos los procedimientos existentes para realizar primero medidas de gestión privadas y luego privatización, con la pasividad más clara por parte de las administraciones sanitarias y con la complicidad de una parte de otras administraciones sanitarias. Creo también que este tema hay que ponerlo sobre la mesa y hay que debatirlo públicamente. No se puede quedar únicamente en que determinados sitios se confronten con estas medidas por parte de las fuerzas políticas, de los sindicatos, y que acabe como un fuego local que acabe como acaban los fuegos en la verbena de San Juan. No puede ser y en mi opinión hay que resistir también a la dinámica de privatización.

Y creo que por otra parte hay que recuperar el debate, que parece haberse interrumpido, sobre la reorientación del sistema sanitario. Y el sistema sanitario debe reorientarse no por razones no por razones de coste, sino de salud, debe reorientarse, en el sentido de la salud pública, de la atención primaria, de la atención integral. Y no es sólo un discurso de los cubanos porque nos hayamos formado en este modelo, sino que creo que es el futuro de los sistemas sanitarios y por tanto también del español. Y aunque este tema no está en la agenda en muchos casos me parece fundamental, y en este sentido también hemos adoptado iniciativas en esta materia, y alguna de las iniciativas adoptadas por el gobierno, son un buen marco –como por ejemplo la Ley de Salud Pública-- para ese debate.

Termino: Hoy he visto en una publicación que hace Farmaindustria los documentos que nosotros hemos aportado al Pacto de Estado por la Sanidad y basta únicamente con decir el título que le pone Farmaindustria a este documento: ***"Documento aportado por Gaspar Llamazares, impresentable, pero que publicamos por su interés".***

Creo que esta Jornada forma parte de la defensa del sistema sanitario público, forma parte de la defensa la salud pública, es evidente que se han dicho y se han presentado la escasez de razones para las propuestas que en estos momentos se dan para defender el copago, pero por si quedara alguna última razón por dar solamente voy a plantear un tema: En el Sistema sanitario español sólo hay un segmento donde existe el copago, y es el segmento más ineficiente de todo el sistema, el más caro en relación coste-beneficio, y es el Gasto Farmacéutico. Y si además lo comparamos históricamente –igual que se decía antes que nuestro gasto sanitario crece menos que el de la Unión Europea—nuestro gasto farmacéutico en el segmento de lo copagado crece más que en el resto de la Unión Europea. Es decir, nos están proponiendo una ruina para el sistema sanitario público, para su eficacia, para la universalidad, accesibilidad del sistema, pero de un buen negocio para unos pocos... Y de eso se trata: de un buen negocio para unos pocos.






# Els arguments de la Jornada en els mitjans de comunicació

# El copago sanitario

**Entrevista a Àngels Martínez Castells (*)**
**publicada a la revista *sinpermiso* el 13 de junio de 2010**
**www.sinpermiso.info**

*El pasado 10 de Junio se realizó en Barcelona una jornada contra el copago sanitario en la que se expusieron argumentos contra esta nueva ofensiva por parte de algunos sectores de la patronal así como de algún sector de los gobiernos catalán y español. Sergi Raventós entrevistó para Sin Permiso a Àngels Martínez Castells, economista, feminista y una de las fundadoras de la organización en defensa de la sanidad pública Dempeus, una de las organizaciones convocantes de la jornada.*

***¿Qué es el copago sanitario? ¿En qué consiste y por qué se plantea?***
Tal como lo defienden los grupos de intereses de la sanidad privada y determinadas autoridades sanitarias se trata de una medida que representa de hecho un nuevo impuesto o tasa sobre la enfermedad, con el pretexto de contribuir a reducir el déficit de la sanidad y "moderar su demanda". Se barajan distintas modalidades posibles, todas ellas lesivas para la ciudadanía, desde un ingreso nuevo por prestación: visita al médico de cabecera, atención en urgencias, un incremento de lo que ya constituye copago por medicamentos, extensión de dicho copago a las personas jubiladas que pertenecen a la Seguridad Social, no a Muface, y que están exentas de cualquier pago, hasta un menor ingreso por desgravación al incitar a ciudadanos y ciudadanas a contratar los servicios de una mutua privada, deduciendo posteriormente su importe a la hora de hacer la desgravación de la renta.

---

(*) *Àngels Martínez Castells es economista, feminista y una de las fundadoras de la organización en defensa de la sanidad pública Dempeus per la Salut Pública. Ha sido profesora de política económica en la Facultad de Ciencias Económicas de la UB.*

***¿Cuáles son los argumentos que se dan? ¿Se cree que la gente abusa del sistema sanitario?***

El argumento formal que se da es el incremento del coste de la factura sanitaria por mayor población a la que se debe atender y mayor gasto de las prestaciones (tecnología empleada más costosa, tratamientos más sofisticados...). Con ello se obvia la responsabilidad de gestión de las autoridades sanitarias, desplazando la responsabilidad hacia las personas enfermas a las que se las culpabiliza, además, de manera sesgada: las personas inmigrantes, se dice, colapsan los servicios de salud (si tuvieran que pagar no lo harían), las personas jubiladas despilfarran en medicamentos (como si no respondiera su acceso a recetas que se deben emitir por protocolos desde los CAPS correspondientes, o como si España no fuera de los países con menor tasa de utilización de genéricos, o como si los envases no contuvieran por lo general dosis mayores de las necesarias...) y a las personas con enfermedades crónicas, por mucha frecuentación de los establecimientos sanitarios (como si ello no respondiera a las necesidades de atención de unas enfermedades con las que es difícil convivir y para las que muchas veces se programan, de manera escalonada y reiterativa que obliga a numerosos desplazamientos, distintas pruebas diagnósticas o de control que multiplican las visitas a los centros hospitalarios o de atención primaria...).

No puede generalizarse en absoluto la afirmación de que la gente abusa del sistema sanitario. A nadie le gusta padecer una enfermedad, o estar meses y años en algunos casos, con innumerables visitas al médico o probando distintos fármacos, sin un diagnóstico o tratamiento concluyente. Si ello fuera así, también supondría revisar su estado de salud mental. En cambio, el sistema sanitario sí abusa y en algunos casos maltrata incluso a determinados pacientes a los que expulsa de la atención pública por las largas listas de espera que debe soportar, la hipermedicalización a la que les somete, el abuso del modelo biomédico curativista y hospitalocéntrico, o la poca adecuación de sus instalaciones a sus necesidades reales. Estoy pensando en las personas con sensibilidad química múltiple para las que no existe un área absolutamente estéril para ser recibidas y tratadas

***¿Hay diferentes versiones propuestas del copago sanitario? Si es así, ¿estás de acuerdo con alguna?***

En absoluto, y menos en tiempos de crisis. La única manera de resolver en equidad el mayor gasto sanitario consiste en asumir (por derecho humano y de ciudadanía) que todas las personas que residen en un país –al margen de su legalización formal-- deben tener pleno derecho a la atención



sanitaria. Para ello, el Ministerio y las autoridades autonómicas correspondientes deben disponer en los Presupuestos las partidas suficientes en base a un sistema fiscal que cumpla una función realmente redistributiva. Por el lado del gasto, la experiencia nos demuestra que las privatizaciones en la salud, los conciertos con el sector privado, la entrega al sector farmacéutico, la no existencia o deficiencias en investigación y formación desde el sector público, encarecen de manera desmesurada e incontrolada el gasto sanitario, al tiempo que son responsables de una peor atención sanitaria que llega, en muchos casos, a suponer graves riesgos para la salud de las personas atendidas. En atenciones a la salud toda intervención necesaria que se demore o se haga de forma incorrecta acabará pasando factura, irremisible y a veces irreversiblemente, tanto en términos de salud como económicos y sociales. España está todavía muy por debajo del gasto sanitario medio de los países de la UE y es absurdo hablar de copagos (que de hecho significan repagos) cuando desde los Presupuestos queda mucho trecho todavía para alcanzar la media europea (por no hablar de la racionalización del gasto, contención de las transferencias al sector privado, etc...)

***En estos momentos de ajustes económicos por parte del gobierno y de ofensiva de la patronal española agrupada en la CEOE, ha vuelto con virulencia este debate. ¿No es así?***

El debate sobre el copago se ha recrudecido con la crisis económica en la medida que los servicios públicos, y en concreto sanidad y enseñanza, se han constituido en un auténtico botín que va más allá de los cruentos ataques por una redistribución de la renta a favor de los más poderosos. La disminución de plantillas, las privatizaciones y el copago significan un ataque a la base de sustentación de los servicios públicos nucleares del Estado del Bienestar con el que se pretende acabar para suplantar los últimos vestigios de un pacto social europeo surgido de la II GM en una correlación de fuerzas que se olvida demasiado a menudo, por el "modo de vida americano" que no es otra cosa que el "modo de explotación" americano, con derechos sólo para los ricos, y salud para quien se la puede pagar. La crisis se usa también de manera oportunista para debilitar las resistencias sindicales y las defensas civilizadas organizadas. Desde Dempeus per la Salut Pública afirmamos que la salud es un derecho y no una mercancía. Aceptar medidas como el copago va en sentido totalmente distinto.

***¿Que dice la OMS sobre el copago?***

En la propia OMS se encuentra abundante bibliografía que demuestra que el copago reduce el acceso a los servicios tanto a las personas para con-

sultas que no son imprescindibles como de las personas para las que sí es absolutamente necesario acudir a los servicios de los profesionales de la sanidad. Los "ahorros" sociales de algunas visitas no del todo necesarias no compensan en manera alguna el riesgo personal y social en que se incurre por la barrera clasista y económica que supone el copago. En este sentido, consideramos que la OMS debe recuperar, en materia de salud, su preeminencia sobre otras organizaciones internacionales que pretender imponer sobre la inmensa mayoría de la población el dictado de las patentes y el supuesto "librecomercio" (OMC) o de las finanzas tal como se entienden en el neoliberalismo (FMI).

***¿Qué propuestas alternativas hay?***

Una racionalización de este sistema "mixto" que supone la parasitación del sistema público para lucro del privado y que implique la progresiva redimensión a la baja del sector privado. La inclusión de un sistema de prevención asequible, público, y muy pegado al terreno y a las necesidades reales. El acompañamiento de la atención médica, la formación de personal profesional y la investigación basada en la realidad sanitaria y la aparición de nuevas enfermedades, muchas de ellas provocadas por la insalubridad del sistema económico y el agravamiento del medio ambiente... Pero mucho más concretamente, la desaparición de las Mutuas Patronales que entorpecen y añaden opacidad al sistema (al tiempo que manejan altas y bajas con criterios que responden más a la rentabilidad empresarial que a la necesaria recuperación de la persona enferma)...

En concreto, Muface representa el mayor de los sinsentidos en la medida que las personas funcionarias, sólo por opción explícita, pueden utilizar los servicios públicos. La creación de un sector público potente en la producción, indicación prescriptora y suministro de productos farmacéuticos u otras variables terapéuticas... y tantas más, que no excluyen la elevación de los tipos de gravamen sobre las rentas personales y de capital más altas para conseguir mayores –y más justos—ingresos fiscales... Y puedo seguir con la imposición de las SICAV, la persecución del fraude fiscal, el retorno de los capitales "refugiados" en los paraísos fiscales... ¿sigo?

Lo importante es que cada día es más evidente para la sociedad que el copago es de hecho un repago que sólo beneficia a la industria privada de la sanidad, y en este sentido vale la pena difundir la Declaración que se aprobó el pasado día 10 de Junio en Barcelona bajo los auspicios de las organizaciones Dempeus per la Salut Pública ***http://dempeus.nireblog.com*** y la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, y que dice:



En estos momentos en que el gobierno de España ha impulsado un plan de austeridad con congelación de las pensiones, rebaja de las políticas sociales, recorte de sueldos al funcionariado y demás trabajadores y trabajadoras del sector público, con la intención de alargar la edad de jubilación de los 65 a los 67 entre otras medidas restrictivas contra las clases trabajadoras, han vuelto a surgir con más fuerza las voces favorables a la privatización de empresas y servicios públicos y a favor del copago en la sanidad pública.

Las personas y organizaciones reunidas hoy, 10 de junio del 2010 en Barcelona, en esta Jornada Contra el Co-Repagament: per l'equitat i la salut pública, nos pronunciamos de manera resuelta y decidida contra el copago y cualquier otra medida que implique un desembolso adicional directo de la ciudadanía para acceder a los servicios públicos de salud, o de manera indirecta mediante fórmulas de desgravación fiscal por contratación de seguros sanitarios privados, por los siguientes motivos:

1) Cualquier medida que signifique una barrera económica, por pequeña que sea, que suponga un desembolso para poder acceder a los servicios de salud es perjudicial, regresiva e injusta en la medida que expulsa de un sistema universal --o pone trabas a su acceso-- a las personas con las rentas menores o mínimas. El pago o copago por la atención a los problemas de salud puede no ser asumible o bien representar una importante carga para las personas que pertenecen a los grupos más desfavorecidos. Éste es un aspecto fundamental a tener en cuenta desde la perspectiva de la equidad. Las distintas formas de copago existentes o en discusión pueden generar dificultades de acceso económico que acaban determinando desigualdades sociales en salud. Existe bibliografía significativa que recoge las experiencias en todo el mundo y da cuenta, además, de los estrepitosos fracasos de este tipo de medidas.

2) Supone una discriminación adicional e injusta para las personas con mayores problemas de salud como son las ancianas, las que padecen enfermedades crónicas, y aquéllas que soportan cualquier tipo de discapacidades, las que están en espera de diagnóstico o tratamiento, o para las familias con más niños/as y gente mayor bajo su responsabilidad.

3) Las menores rentas salariales de España, el bajo nivel de la mayoría de pensiones y su propuesta de congelación incrementan la inequi-

dad del copago sin que esta medida, compleja y burocrática, resuelva el déficit de financiación.

4) La insuficiente presión fiscal en España en relación a los países de la U.E. y el deterioro de su progresividad de los últimos años no puede justificar una medida que va en el sentido de hacer pagar proporcionalmente más por los servicios públicos a los que menos tienen, agravando las desigualdades. Unos servicios públicos que ya de por sí son escasos en relación a los de los quince países más ricos de la UE.

5) Entendemos que los ingresos fiscales deben sostener todo el gasto sanitario actual y su desarrollo, que sería una medida antisocial introducir medidas lesivas como su REpago, en especial en tiempos de crisis, y que conviene una revisión a fondo de nuestra fiscalidad mejorando su carácter redistributivo y aumentando la financiación de unos servicios de sanidad probadamente eficientes a pesar de que están por debajo de la media europea.

6) Si se aprobaran desgravaciones fiscales por el hecho de contratar cualquier tipo de seguro sanitario privado individual, entendemos que supondría una desviación (por no ingreso) de dinero público a la sanidad privada, debilitando la sanidad pública y favoreciendo únicamente a los que pueden pagarse un seguro sanitario privado.

7) Frente a argumentos que justifican el copago como un mecanismo de contención del gasto, la propia OMS suministra abundante evidencia científica en el sentido de que el copago es un instrumento débil y no efectivo para mejorar la eficiencia y contener los costes sanitarios.

8) El copago puede reducir el uso de los servicios preventivos, especialmente entre los grupos más vulnerables, lo que a largo plazo conduce a unos mayores costes sanitarios y a un deterioro general del estado de salud de la población.

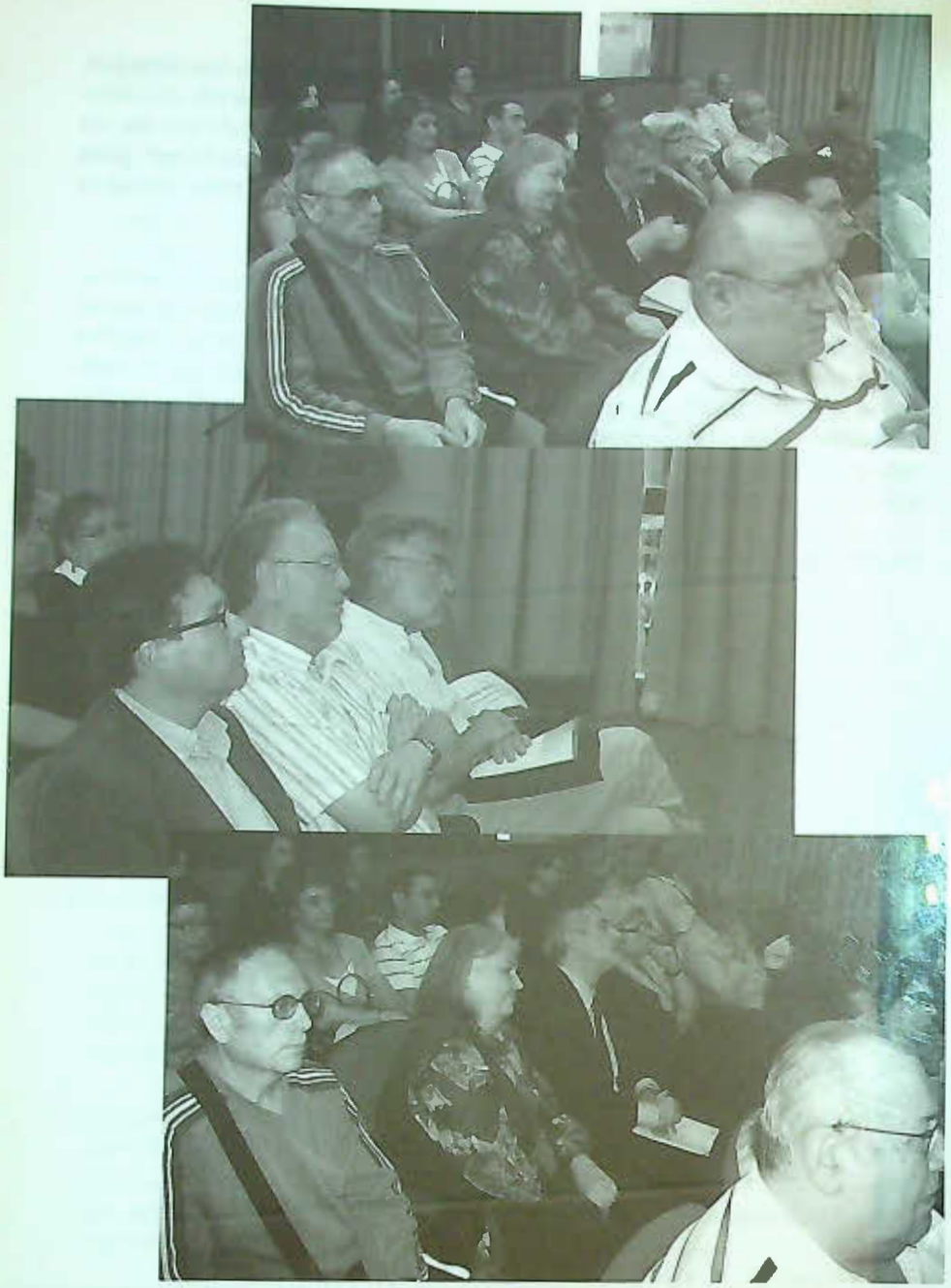
9) Hay evidencia de que las distintas fórmulas de copago reducen sin discriminar tanto la demanda necesaria como la considerada innecesaria, y que tienden a afectar la salud y la economía de una forma sesgada: las repercusiones son más negativas para las personas con menos ingresos y las de grupos sociales más desfavorecidos.

10) Los argumentos de promoción del copago como medida de corresponsabilización por parte de la ciudadanía incluyen dos falacias, en la medida que responsabilizan a la ciudadanía y no a las autoridades sanitarias de las deficiencias existentes. Dichas deficiencias no las debe pagar la ciudadanía, y mucho menos si se mantienen para preservar, como ocurre de forma injustificada, determinados intereses económicos.



Por todo ello, las personas y organizaciones presentes nos comprometemos a difundir los argumentos y evidencias contra el copago, a sumar esfuerzos con todas las personas y entidades que perciban estas medidas como socialmente injustas, a oponernos por todos los medios democráticos a la implantación de estas propuestas entendidas como un auténtico impuesto sobre la enfermedad y que castigan más a las personas más necesitadas, y a denunciar y negar nuestro apoyo a quienes intenten introducirlas en nuestra sociedad.

Barcelona, 10 junio de 2010





# Menos equidad en salud: la amenaza del "CO-REpago"

**Àngels Martínez Castells (*)**
**Artículo publicado en la Revista PUEBLOS.**
***(www.revistapueblos.org)***

La ya cansina discusión sobre el copago encubre de hecho una privatización de los servicios públicos de sanidad y un "adelgazamiento" de la responsabilidad pública en un tema clave para la equidad y la disminución de desigualdades, y tiene lugar, además, cuando desde la OMS se está hablando de todo lo contrario, de "incluir la salud en todas las políticas" dándole un papel de primer orden en la agenda de lo público. En la propia OMS se encuentra abundante bibliografía que denuncia la amenaza que para la equidad suponen medidas de ese tipo. Los "ahorros" sociales que puede suponer el hecho de que realmente desincentive algunas visitas no del todo necesarias no compensan en manera alguna el riesgo personal y social en que se incurre por la barrera clasista y económica que supone el copago. (Camprubí, 2010) La documentación contrastada y la evidencia científica demuestran que, en sus distintas fórmulas, el copago reduce siempre, sin discriminar, tanto la demanda necesaria como la considerada innecesaria, afectando a la salud en general y a la economía de una forma sesgada: las repercusiones son más negativas para las personas con menos ingresos y las de grupos sociales más desfavorecidos. En este sentido, la OMS debería recuperar su independencia, imponiendo sus criterios en todos los temas relacionados con la salud a las demás organizaciones internacionales que aplastan a la inmensa mayoría de la población bajo el dictado de las patentes y el supuesto "librecomercio" (OMC) o las finanzas (FMI).

---

(*) *Àngels Martínez i Castells. Economista y una de las fundadoras de la organización en defensa de la sanidad pública Dempeus per la Salut Pública*

### Justificaciones que sonrojan

En España, además, esta discusión aparece día sí y otro también en los medios de comunicación, siempre desde una supuesta "imparcialidad" que acaba por propugnar de forma injustificada la necesidad del "copago", y en estas última semanas acompañando para mayor sonrojo el decreto de congelación de pensiones, disminución de salarios y plantillas del funcionariado.... Toda una amplia ofensiva, que en la Unión Europea abarca diferentes frentes y modalidades, y con los que se pretende acabar con los últimos vestigios de un pacto social europeo surgido de la II GM en una correlación de fuerzas que se olvida demasiado a menudo, suplantándolo por un "modo de vida americano" que no es otra cosa que el "modo de explotación" americano, con derechos sólo para los ricos, y salud para quien se la puede pagar. No debe olvidarse que la crisis se usa también, de manera oportunista, no sólo para incrementar en mayor grado la regresiva redistribución de la renta entre los factores de producción (trabajo y capital), sino para debilitar también las resistencias sindicales y las defensas de las organizaciones sociales.

En ese sentido, todo ataque al sistema público de salud, y la propuesta del copago en particular, es especialmente lesiva para mujeres y las personas inmigrantes en dos sentidos: porque supone confiar los "flecos" del ajuste en lo cotidiano a la aparentemente infinita capacidad de asumir trabajos y tensiones de las mujeres (lo cual se está demostrando que ya está llegando a un límite) y por otro lado porque tal como se plantea por parte de los sectores más reaccionarios de la población la disputa social por unos servicios públicos que se hacen más escasos por la crisis, despierta y da aliento a una xenofobia que puede causar graves problemas de convivencia, en especial en las comunidades con menores recursos. Pero no acaba aquí el campo donde el copago vierte su cizaña y pretende crear enemigos inexistentes: también las personas jubiladas y las que padecen enfermedades crónicas son objetivo de las falsas críticas y "rencores" entre personas usuarias, ayudando a escudar y eludir responsabilidades a la todopoderosa industria farmacéutica y a la administración pública que no se atreve a hacerle frente. El copago supone, por tanto, todo un despliegue de prepotencia con las personas más débiles bajo el supuesto amparo de argumentos "técnicos", y con la involuntaria complicidad de una parte de las personas usuarias del sistema que sufren las amenazas de insostenibilidad, listas de espera abusivas... y de parte del personal médico absolutamente desbordado de trabajo que se apunta a esta falsa solución como mal menor, cuando su



carga excesiva de trabajo se debe a la falta crónica de profesionales y es responsabilidad de la Administración, no de los pacientes.

### Asumir derechos

La única manera de resolver en equidad el mayor gasto sanitario consiste en asumir (por derecho humano y de ciudadanía) que todas las personas que residen en un país –al margen de su legalización formal-- deben tener pleno derecho a la atención sanitaria. Para ello, el Ministerio de Sanidad y las autoridades autonómicas correspondientes deben disponer en los Presupuestos las partidas suficientes en base a un sistema fiscal que cumpla una función realmente redistributiva. España está todavía muy por debajo del gasto sanitario medio de los países de la UE y es absurdo hablar de copagos (que de hecho significan repagos) cuando desde los Presupuestos queda mucho trecho todavía para alcanzar la media europea (por no hablar de la racionalización del gasto, contención de las transferencias al sector privado, etc.)

Por el lado del gasto, la experiencia nos demuestra que las privatizaciones en la salud, los conciertos con el sector privado, la entrega al sector farmacéutico, la no existencia o deficiencias en investigación y formación desde el sector público, encarecen de manera desmesurada e incontrolada el gasto sanitario, al tiempo que son responsables de una peor atención sanitaria que llega, en muchos casos, a suponer graves riesgos para la salud de las personas atendidas. En atenciones a la salud toda intervención necesaria que se demore o se haga de forma incorrecta acabará pasando factura, irremisible y a veces irreversiblemente, tanto en términos de salud como económicos y sociales.

Desde la organización ciudadana Dempeus per la Salut Pública afirmamos, en primer lugar, que la salud es un derecho y no una mercancía, y no podemos aceptar por tanto medidas como el copago que van en un sentido totalmente distinto, poniendo un precio sesgado social y económicamente al valor real del sistema público de salud. Desde Dempeus pensamos que sería precisa una racionalización en positivo y progresivo de este sistema "mixto" de sanidad, pero en sentido contrario al que se preconiza y que está suponiendo, de hecho, la parasitación del sistema público para lucro del privado. Creemos, entre otras medidas, que es necesaria la inclusión de un sistema de prevención asequible, público, y muy pegado al terreno y a las necesidades reales, y el acompañamiento de la atención médica, la formación de personal profesional y la investigación

en base a la realidad sanitaria y la aparición de nuevas enfermedades, muchas de ellas provocadas por la insalubridad del sistema económico y el agravamiento del medio ambiente.

A nivel mucho más concreto, aumentaría la viabilidad del servicio público de salud la desaparición de las Mutuas Patronales que entorpecen y añaden opacidad al sistema (al tiempo que manejan criterios de altas y bajas –se apliquen o no-- que responden más a la rentabilidad empresarial que a la necesaria recuperación de la persona enferma). En concreto, Muface y Mugeju representan el mayor de los sinsentidos en la medida que las personas funcionarias, sólo por opción explícita, pueden utilizar los servicios públicos. Y entre las medidas de nueva creación, debería urgirse la de un sector público potente en la producción, indicación prescriptora y suministro de productos farmacéuticos u otras variables terapéuticas. En ese sentido, nos parece fundamental que la sociedad sea cada día más consciente de que el copago es de hecho un REpago que sólo beneficia a la industria privada de la sanidad, y conozca la Declaración que se aprobó el pasado día 10 de Junio en Barcelona bajo los auspicios de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública y que podeis consultar en la página web de Dempeus per la Salut Pública ***http://dempeus.nireblog.com***



# El copagament sanitari pren força però manté un intens rebuig social (*)

**Roger Tugas**

### La sostenibilitat del sistema en temps de crisi accelera un debat que portava molts anys latent

La crisi i la necessitat de reduir el dèficit públic han fet renéixer el vell i problemàtic debat sobre l'impuls d'un possible copagament sanitari i aquesta vegada qui lidera la proposta és la Generalitat.

Els serveis públics són deficitaris per naturalesa i l'usuari final en paga de manera directa tan sols una part, si això arriba a ocórrer. La qüestió gira en quin és el percentatge o quins elements cal finançar a través dels impostos i quins cal carregar en una factura final en funció de l'ús que se'n fa. En aquest sentit, ja fa anys fins i tot dècades que la sanitat es troba en el punt de mira de qui vol reformar-ne el funcionament per establir fórmules de copagament, a través d'impostos o d'algun tipus de taxa. La novetat és que, mentre que fins ara les propostes en aquest sentit eren monopoli gairebé exclusiu de la dreta, cada cop més dirigents progressistes s'estan acostant a aquestes tesis.

### El primer informe oficial que proposa el copagament data de l'any 1991

El primer informe que va plantejar la necessitat d'aplicar algun tipus de copagament va ser elaborat l'any 1991 per una comissió d'experts liderada per Abril Martorell per al Govern de Felipe González, però el moment d'agitació social i la impopularitat de la mesura va obligar a apartar-la.

---

(*) *Article publicat al diari PÚBLICO. 09/08/2010*

Des de fa sis anys, la consellera catalana de Salut, Marina Geli, és qui ha reflotat el debat. El 2004, va proposar un pagament "simbòlic" d'aproximadament un euro per cada visita a urgències, per evitar un "ús excessiu" del servei. L'any següent, arran de la publicació del primer Informe Vilardell, va insistir en la necessitat de modificar el sistema de pagament de medicaments, actualment gratuïts per als jubilats i subvencionats en un 60% per a la resta de la població.

El passat 20 de juliol, la comissió d'experts liderada per Miquel Vilardell, el president del Col·legi de Metges de Barcelona, va lliurar a Geli i al conseller d'Economia, Antoni Castells, el segon informe "per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària", també conegut com a segon Informe Vilardell. Els profes sionals de la salut, els economistes i altres experts que componien el grup de treball no es van posar d'acord en la necessitat i la idoneïtat de proposar mesures de copagament i així ho van fer constar. Tanmateix, l'endemà de rebre'l, la consellera va presentar l'informe als seus homòlegs de les altres autonomies al Consell Interterritorial de Salut, per encarar un debat incòmode i ple de matisos que es preveu afrontar a la tardor.

LA CONSELLERA DE SALUT, MARINA GELI, LIDERA EL DEBAT EN L'ÀMBIT ESTATAL

### *Objectius i fórmules diverses*

En parlar de copagament, els seus objectius i les fórmules per atènyer-los són molt va riats i diversos i això en complica la discussió. Aquest concepte engloba elements ja explicats, com un pagament simbòlic per cada visita al metge o una reformulació del finançament dels medicaments, però també fa referència a afrontar part del cost dels tractaments més cars, abonar una quantitat per cada dia d'hospitalització en concepte d'allotjament i àpats o establir beneficis fiscals per a les persones que fan ús de la sanitat privada com a manera d'incentivar-la i descongestionar la pública. Els defensors del copagament, com els consellers Geli i Castells, en defensen la necessitat en base a un increment continuat que consideren "insostenible" de la despesa sanitària bàsica ment a causa de l'envelliment de la població i de l'elevat cost de les noves tecnologies aplicades a la salut i dels nous medicaments. Asseguren que les seves fórmules no són "antisocials" precisa ment perquè anirien encami nades a garantir la viabilitat d'un servei públic i també universal.

Així mateix, parlen d'un teòric "ús excessiu i injustificat" de la sanitat pública, ja que Espanya és un dels estats de la UE on hi ha més visites mè-



diques per habitant. Així, una petita taxa, "en funció de la renda", actuaria com a fre i com a filtre per realitzar un "ús més racional" del servei.

Per contra, nombroses organitzacions socials, sindicals, de professionals i d'usuaris s'estan aplegant per evitar que s'imposi qualsevol fórmula en aquest sentit. El passat 10 de juny, l'entitat Dempeus per la salut pública va liderar una jornada contra el copagament en què diversos experts van aportar raons per oposar-se a aquesta mesura.

### *Generarà desigualtats socials*

Al final de la trobada, els assistents i les organitzacions presents van aprovar la Declaració de Barcelona contra el copagament. Entre altres arguments, assegura que la fórmula pot "generar dificultats d'accés econòmic que acaben determinant desigualtats socials en salut" i suposa "una discriminació addicional i injusta per a les persones amb més problemes de salut", com la gent gran, els malalts crònics o els discapacitats.

Igualment, recorden "la insuficient pressió fiscal a Espanya en relació als països de la UE" i que "la mateixa OMS [l'Organització Mundial de la Salut] subministra abundant evidència científica en el sentit que el copagament és un instrument feble i no efectiu per millorar l'eficiència i contenir els costos sanitaris". En definitiva, critiquen que la mesura responsabilitza "la ciutadania i no les autoritats sanitàries de les deficiències existents". UGT i CCOO de Catalunya, ICV i EUiA han secundat aquestposicionament.

Àngels Martínez, presidenta de Dempeus, afirma que el copagament és una "agressiva mesura per a les capes socials més desfavorides" i critica per enganyosa qualsevol mesura lligada al nivell de renda, ja que recorda que amb el frau fiscal que hi ha a Espanya "aquí els empresaris declaren cobrar menys que els treballadors". De la mateixa manera, apunta que la burocràcia que implicaria la proposta "pot costar més que allò que es recapti" recorda que països com Austràlia o el Canadà ja van retirar per aquest motiu la mesura un cop implementada i que la majoria de visites es realitzen a instàncies d'altres metges i avança que posar traves a la prevenció pot incrementar les hospitalitzacions, més cares.

"No es pot culpar la gent perquè vagi al metge", sentencia Martínez, i aposta per promocionar els medicaments genèrics, augmentar impostos a les rendes altes i gravar el tabac o l'alcohol. Subratlla també que Catalunya es troba a la cua d'Europa quant a despesa sanitària en relació al PIB.

Per la seva banda, Josep Maria Simeon, cirurgià i cap de secció de l'Hospital de Bellvitge, es mostra obert al debat i defensa que "tots ens hem de comprometre a mantenir el sistema", tot i que "hauria de pagar més qui més té, no qui més l'usa". Igualment, recorda que el dèficit fiscal impedeix finançar correctament els serveis públics catalans i que aquí ja es paga el "cèntim sanitari" en la benzina.

Sigui com sigui, el Govern català no preveu aplicar la mesura en solitari i l'Executiu central no vol assumir una altra iniciativa impopular i es traslladen mútuament la responsabilitat, així que el debat encara es preveu llarg. Sense anar més lluny, el Congrés va aprovar el passat 20 de ju liol a instàncies del BNG i amb l'oposició del PSOE una resolució que, entre altres qüestions, censurava el copagament.

La memòria amagada a les terres de frontera

L'església que va esdevenir catedral del mar

Nausicaa Bonnin en el seu any d'èxits

Públic

El copagament sanitari pren força però manté un intens rebuig social

La sostenibilitat del sistema en temps de crisi accelera un debat que portava molts anys latent

El primer informe oficial que proposa el copagament data de l'any 1991

La conselllera de Salut, Marina Geli, lidera el debat en l'àmbit estatal



# Conclusió de la Jornada

# Declaració de Barcelona sobre copagament en la salut pública

# DECLARACIÓ DE BARCELONA SOBRE EL COPAGAMENT

En aquests moments en que el govern d'Espanya ha impulsat un pla d'austeritat amb congelació de les pensions, rebaixa de les polítiques socials, retallada de sous al funcionariat i altres treballadors i treballadores del sector públic, amb la intenció d'allargar l'edat de jubilació dels 65 als 67 entre altres mesures restrictives contra les classes treballadores, han tornat a sorgir amb més força les veus favorables a la privatització d'empreses i serveis públics i a favor del copagament en la sanitat pública. Les persones i organitzacions reunides avui, 10 de juny del 2010 a Barcelona, en aquesta Jornada Contra el Co-Repagament: per l'equitat i la salut pública, ens pronunciem de manera resolta i decidida contra el copagament i qualsevol altra mesura que impliqui un desembors addicional directe de la ciutadania per accedir als serveis públics de salut, o de manera indirecta mitjançant fórmules de desgravació fiscal per contractació d'assegurances sanitàries privades, pels següents motius:

1) Qualsevol mesura que signifiqui una barrera econòmica, per petita que sigui, que suposi un desembors per a poder accedir als serveis de salut és perjudicial, regressiva i injusta en la mesura que expulsa d'un sistema universal - o posa impediments al seu accés - a les persones amb les rendes menors o mínimes. El pagament o copagament per l'atenció als problemes de salut pot no ser assumible o bé representar una important càrrega per a les persones que pertanyen als grups més desfavorits. Aquest és un aspecte fonamental a tenir en compte des de la perspectiva de l'equitat. Les diferents formes de copagament existents o en discussió poden generar dificultats d'accés econòmic que acaben determinant desigualtats socials en salut. Hi ha bibliografia significativa que recull experiències a tot el món i dóna compte, a més, dels estrepitosos fracassos d'aquest tipus de mesures.

2) Suposa una discriminació addicional i injusta per a les persones amb més problemes de salut com són la gent gran, les que pateixen malalties cròniques, i aquelles que suporten qualsevol tipus de discapacitats, les que estan en espera de diagnòstic o tractament, o per a les famílies amb més nens/es i gent gran sota la seva responsabilitat.

3) Les menors rendes salarials d'Espanya, el baix nivell de la majoria de pensions i la seva proposta de congelació incrementen la inequitat del copagament sense que aquesta mesura, complexa i burocràtica, resolgui el dèficit de finançament.

4) La insuficient pressió fiscal a Espanya en relació als països de la UE i el deteriorament de la seva progressivitat dels últims anys no pot justificar una mesura que va en el sentit de fer pagar proporcionalment més pels serveis públics als que menys tenen, agreujant les desigualtats. Uns serveis públics que són ja de per si escassos en relació als dels quinze països més rics de la UE.

5) Entenem que els ingressos fiscals han de sostenir tot la despesa sanitària ac-

tual i el seu desenvolupament, que seria una mesura antisocial introduir mesures lesives com el seu repagament, especialment en temps de crisi, i que convé una revisió a fons de la nostra fiscalitat millorant el seu caràcter redistributiu i augmentant el finançament d'uns serveis de sanitat provadament eficients, tot i que estan per sota de la mitjana europea.

6) Si s'arriben a aprovar desgravacions fiscals pel fet de contractar qualsevol tipus d'assegurança sanitària privada individual, entenem que suposaria una desviació (per no ingrés) de diners públics a la sanitat privada, debilitant la sanitat pública i afavorint únicament als que poden pagar-se una assegurança sanitària privada.

7) Davant arguments que justifiquen el copagament com un mecanisme de contenció de la despesa, la pròpia OMS subministra abundant evidència científica en el sentit que el copagament és un instrument feble i no efectiu per millorar l'eficiència i contenir els costos sanitaris.

8) El copagament pot reduir l'ús dels serveis preventius, especialment entre els grups més vulnerables, el que a llarg termini condueix a uns majors costos sanitaris i a un deteriorament general de l'estat de salut de la població.

9) Hi ha evidència que les diferents fórmules de copagament redueixen sense discriminar tant la demanda necessària com la considerada innecessària, i que tendeixen a afectar la salut i l'economia d'una manera esbiaixada: les repercussions són més negatives per a les persones amb menys ingressos i les de grups socials més desfavorits.

10) Els arguments de promoció del copagament com a mesura de corresponsabilització per part de la ciutadania inclouen dues fal·làcies, en la mesura que responsabilitzen a la ciutadania i no a les autoritats sanitàries de les deficiències existents. Aquestes deficiències no les ha de pagar la ciutadania, i molt menys si es mantenen per preservar, com passa de forma injustificada, determinats interessos econòmics.

Per tot això, les persones i organitzacions presents ens comprometem a difondre els arguments i evidències contra el copagament, a sumar esforços amb totes les persones i entitats que perceben aquestes mesures com socialment injustes, a oposar-nos per tots els mitjans democràtics a la implantació d'aquestes propostes enteses com un autèntic impost sobre la malaltia i que castiguen més a les persones més necessitades, i a denunciar i negar el nostre suport a qui intenti introduir-les en la nostra societat.

**A Barcelona, a 10 juny 2010**



DECLARACIÓN DE BARCELONA CONTRA EL COPAGO

En estos momentos en que el gobierno de España ha impulsado un plan de austeridad con congelación de las pensiones, rebaja de las políticas sociales, recorte de sueldos al funcionariado y demás trabajadores y trabajadoras del sector público, con la intención de alargar la edad de jubilación de los 65 a los 67 entre otras medidas restrictivas contra las clases trabajadoras, han vuelto a surgir con más fuerza las voces favorables a la privatización de empresas y servicios públicos y a favor del copago en la sanidad pública.

Las personas y organizaciones reunidas hoy, 10 de junio del 2010 en Barcelona, en esta Jornada **Contra el Co-Repagament: per l'equitat i la salut pública**, nos pronunciamos de manera resuelta y decidida contra el copago y cualquier otra medida que implique un desembolso adicional directo de la ciudadanía para acceder a los servicios públicos de salud, o de manera indirecta mediante fórmulas de desgravación fiscal por contratación de seguros sanitarios privados, por los siguientes motivos:

1) Cualquier medida que signifique una barrera económica, por pequeña que sea, que suponga un desembolso para poder acceder a los servicios de salud es perjudicial, regresiva e injusta en la medida que expulsa de un sistema universal --o pone trabas a su acceso-- a las personas con las rentas menores o mínimas. El pago o copago por la atención a los problemas de salud puede no ser asumible o bien representar una importante carga para las personas que pertenecen a los grupos más desfavorecidos. Éste es un aspecto fundamental a tener en cuenta desde la perspectiva de la equidad. Las distintas formas de copago existentes o en discusión pueden generar dificultades de acceso económico que acaban determinando desigualdades sociales en salud. Existe bibliografía significativa que recoge las experiencias en todo el mundo y da cuenta, además, de los estrepitosos fracasos de este tipo de medidas.

2) Supone una discriminación adicional e injusta para las personas con mayores problemas de salud como son las ancianas, las que padecen enfermedades crónicas, y aquéllas que soportan cualquier tipo de discapacidades, las que están en espera de diagnóstico o tratamiento, o para las familias con más niños/as y gente mayor bajo su responsabilidad.

3) Las menores rentas salariales de España, el bajo nivel de la mayoría de pensiones y su propuesta de congelación incrementan la inequidad del copago sin que esta medida, compleja y burocrática, resuelva el déficit de financiación.

4) La insuficiente presión fiscal en España en relación a los países de la U.E. y el deterioro de su progresividad de los últimos años no puede justificar una medida que va en el sentido de hacer pagar proporcionalmente más por los servicios públicos a los que menos tienen, agravando las desigualdades. Unos servicios públicos que ya de por sí son escasos en relación a los de los quince países más ricos de la UE.

5) Entendemos que los ingresos fiscales deben sostener todo el gasto sanitario actual y su desarrollo, que sería una medida antisocial introducir medidas lesivas como su REpago, en especial en tiempos de crisis, y que conviene una revisión a fondo de nuestra fiscalidad mejorando su carácter redistributivo y aumentando la financiación de unos servicios de sanidad probadamente eficientes a pesar de que están por debajo de la media europea.

6) Si se aprobaran desgravaciones fiscales por el hecho de contratar cualquier tipo de seguro sanitario privado individual, entendemos que supondría una desviación (por no ingreso) de dinero público a la sanidad privada, debilitando la sanidad pública y favoreciendo únicamente a los que pueden pagarse un seguro sanitario privado.

7) Frente a argumentos que justifican el copago como un mecanismo de contención del gasto, la propia OMS suministra abundante evidencia científica en el sentido de que el copago es un instrumento débil y no efectivo para mejorar la eficiencia y contener los costes sanitarios.

8) El copago puede reducir el uso de los servicios preventivos, especialmente entre los grupos más vulnerables, lo que a largo plazo conduce a unos mayores costes sanitarios y a un deterioro general del estado de salud de la población.

9) Hay evidencia de que las distintas fórmulas de copago reducen sin discriminar tanto la demanda necesaria como la considerada innecesaria, y que tienden a afectar la salud y la economía de una forma sesgada: las repercusiones son más negativas para las personas con menos ingresos y las de grupos sociales más desfavorecidos.

10) Los argumentos de promoción del copago como medida de corresponsabilización por parte de la ciudadanía incluyen dos falacias, en la medida que responsabilizan a la ciudadanía y no a las autoridades sanitarias de las deficiencias existentes. Dichas deficiencias no las debe pagar la ciudadanía, y mucho menos si se mantienen para preservar, como ocurre de forma injustificada, determinados intereses económicos.

Por todo ello, las personas y organizaciones presentes nos comprometemos a difundir los argumentos y evidencias contra el copago, a sumar esfuerzos con todas las personas y entidades que perciban estas medidas como socialmente injustas, a oponernos por todos los medios democráticos a la implantación de estas propuestas entendidas como un auténtico impuesto sobre la enfermedad y que castigan más a las personas más necesitadas, y a denunciar y negar nuestro apoyo a quienes intenten introducirlas en nuestra sociedad.

En Barcelona, a 10 de junio del 2010



Barcelona Declaration - June 10, 2010

At a time when the government of Spain has prompted an austerity plan with the pension freeze, reduction of social policies, cut salaries to civil servants and other workers in the public sector, with the intention of extending the retirement age 65 to 67 among other restrictive measures against the working classes, have re-emerged stronger voices in favor of privatization of public enterprises and services and for co-payment in public health.

Individuals and organizations gathered today, June 10, 2010 in Barcelona, in this Day Against Co-Payment: For equal access to public healthcare, we spoke resolutely and decisively against the co-payment and any action involving a direct additional disbursement of the public to access public health services, or indirectly through forms of tax relief on private health insurance contracts for the following reasons:

1) Any action means an economic barrier, however small, involving an outlay to gain access to health services is harmful, regressive and unfair to the extent that expels a universal - or hampers their access - people with lower incomes or minimum. Payment or co-payment for the care of health problems may not be manageable or represent a significant burden for the people belonging to disadvantaged groups. This is a fundamental aspect to be considered from the perspective of equity. The different forms of existing co-payment or under discussion can generate economic difficulties of access when certain social inequalities in health. There is significant literature on the field experiences throughout the world and realize, well, the dismal failure of such measures.

2) Assuming an additional discrimination and unfair to older people with health problems such as the elderly, chronically ill, and those that support all types of disabilities, who are awaiting diagnosis or treatment, or for families more children and elderly people under their responsibility.

3) The lower income in Spain, the low level of most pensions and his proposal to freeze the inequality of the copayment increase as this measure, complex and bureaucratic, resolve the funding gap.

4) The lack of tax burden in Spain in relation to EU countries and progressive deterioration of recent years can not justify a measure which is in line to pay proportionally more for public services to the poor people, exacerbating inequalities. Public services that already are scarce relative to those of the fifteen richest countries in the EU.

5) We understand that tax revenues must hold all the current health expenditure and development, which would introduce a measure harmful antisocial as their repayment, especially in times of crisis, and this should be a thorough review of our taxation improving their character redistribution and increase funding for health services proven efficient even though they are below the European average.

6) If approved tax deductions for the engagement of any individual private health insurance, which would mean a deviation (not tested) of public money to private healthcare, undermining public health and promoting only those who can afford private health insurance.

7) Contrary to arguments that justify the co-payment as a cost containment mechanism, the WHO itself provides a wealth of scientific evidence that the copayment is a weak and ineffective tool to improve efficiency and contain healthcare costs.

8) The co-payment can reduce the use of preventive services, especially among the most vulnerable groups, which in the long term leads to higher health costs and a general deterioration of health status of the population.

9) There is evidence that different forms of co-payment without discriminating reduce both the demand necessary as deemed unnecessary, and tend to affect the health and economy of a biased way: the more negative effects for people with less income and the most disadvantaged social groups.

10) The arguments for promoting co-pay as a measure of co-responsibility by the public include two fallacies, to the extent that responsibility to the citizens and not the health authorities of the gaps. These deficiencies should not pay for citizenship, much less if kept to preserve, as an unjustified, certain economic interests.

Therefore, individuals and organizations undertake to disseminate these arguments and evidence against the co-payment, to join efforts with all persons and entities that perceive these measures as socially unjust, to oppose by all democratic means to the implementation of these understood as a genuine proposed tax on the disease and more punishing those most in need, and to denounce and deny our support to those who seek to enter our society.

In Barcelona, on June 10, 2010

**dempeus** per la salut pública

dempeus.nireblog.com