

EL COPAGO SANITARIO: ¿UN AUXILIO PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA?

Irene Correias Sosa

Universidad San Pablo CEU, Facultad de Derecho

Resumen:

El incremento en la esperanza de vida y otros aspectos como la mejor cultura sanitaria de los ciudadanos implica que se demande del sistema sanitario mejores prestaciones. Ello y el alto número de sujetos bajo el sistema sanitario implica la necesidad de establecer distintos mecanismos de control para evitar el gasto excesivo pero también el uso indebido de los individuos del sistema sanitario. El copago sanitario puede ser sólo uno de ellos.

Entre los objetivos buscados por este trabajo están ver si el copago sanitario puede ser una forma eficaz de contención del gasto, y de serlo en qué tipo de servicios se podría introducir el copago de tal forma que se cumpla el objetivo de contención del gasto, y a qué sujetos ha de aplicarse, o cuáles excluir, por cuando ello pudiera suponer un elemento disuasorio de uso del sistema sanitario.

Palabras clave: copago, sostenibilidad, equilibrio, equidad, financiación, sanidad, acceso, eficacia

1.- Planteamiento. El copago como forma de contención del gasto sanitario.

En los años noventa el Informe Abril Martorell se plateó que, entre los aspectos que era necesario revisar, estaban los relativos a la gestión y control de la

sanidad pública. Entre sus propuestas recogía algunas interesantes, como el pago de precios simbólicos por los servicios o que asumieran parte del coste¹. Desde este informe han pasado dos décadas y algunas de sus propuestas siguen siendo necesarias, y de entre ellas, la que nos ocupa, la cual, sólo ha sido introducida en nuestro país en el gasto farmacéutico y en relación con las prestaciones derivadas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia².

¹ Al respecto, *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, Informe y Recomendaciones*, julio de 1991, en particular, sobre lo que nos ocupa, pp. 59 a 64. Puede consultarse el texto en salpub.uv.es/admon/docs/legislacio/es/Informe_Abril_Martorell_1.pdf.

² Al respecto, entre otros muchos, MONTSERRAT, J., “El patrimonio en el copago de las prestaciones de la Ley de Dependencia”, *Economistas*, núm. 122, 2009, pp. 55 a 62; MONTSERRAT, J., “La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios”, *Documentos*, núm. 10/10, Instituto de Estudios fiscales, 2001, o RODRIGUEZ CABRERO, G., “La protección social a la dependencia en España en el marco social europeo”, *Panorama social*, 2006, pp.23 a 45.

Sobre el copago en productos farmacéuticos, entre otros muchos MESTRE FERNÁNDEZ, F., “Reference Prices: the Spanish way”, *Investigaciones económicas*, vol XXVII, 2001, pp 125 a 149.

La propia evolución de la sociedad española, su cada vez mayor preocupación por la salud y por mejores sistemas de diagnóstico, por la medicina preventiva, y fenómenos como la inmigración y por tanto el número creciente de personas bajo el sistema sanitario han puesto de relieve la necesidad de buscar fórmulas sostenibles de financiación que eviten no sólo déficits en el sistema sino una ineficiencia del mismo que puede venir tanto por una mala aplicación de los ingresos como por un uso ineficiente de los recursos, empleando más de los necesarios, no sólo para el diagnóstico o curación, sino desde la atención primaria.

Las fórmulas de copago pretenden hacer participe, de forma más o menos directa al usuario (beneficiario del servicio) del coste del servicio que demanda. Si bien consideramos que no es una solución final ni única de cara a la sostenibilidad del gasto sanitario, sí puede ayudar en el logro de este objetivo final de contención del gasto, aún cuando sean necesarias ciertas cautelas para evitar que la medida devenga ineficaz.

Mantenemos como punto de partida la necesidad de que el individuo haga un uso responsable del sistema sanitario, lo que implica hacerle consciente del gasto que supone, haciendo decaer la cada vez más extendida creencia de que cualquier prestación recibida es gratis. No obstante, somos conscientes de que introducir esta u otras medidas no puede significar en ningún caso que un individuo deje de acudir a una consulta o centro sanitario por el temor a tener que pagar un coste que no puede asumir, no sólo porque ello supondría ir en contra de los principios que inspiran nuestro propio sistema sino por cuanto redundaría en un perjuicio para todos, es por ello que es preciso tener a estos posibles grupos de personas muy presentes en el momento de plantear fórmulas de participación en el gasto como la que aquí estudiamos.

Por otro lado es necesario tener en cuenta que, si bien esto es algo que hoy se presenta como muy novedoso, a la par que problemático por las enfrentadas posiciones que genera, es una medida que ya cuenta con cierta implantación en países de nuestro entorno, lo que nos permite avanzar algunas ideas sobre su efectividad e incluso ver distintas fórmulas que funcionan en otros sistemas, lo que no implica que funcionaran en el nuestro³. No obstante, el primer pro-

blema al que nos enfrentamos es que, si bien desde el punto de vista doctrinal existen diversos estudios, a nivel internacional fundamentalmente, no existen datos ciertos sobre las consecuencias de su aplicación ya que, como indicamos al principio, salvo en relación con los productos farmacéuticos y más recientemente, con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tal y como hemos señalado, no existen no sólo copagos sanitarios en nuestro sistema sino tampoco estudios experimentales sobre los efectos que podrían producirse, más allá, insistimos, del ámbito académico.

En las páginas siguientes buscamos con un esquema muy sencillo intentar responder a ciertos interrogantes que podemos concretar en por qué este planteamiento como forma de sostenibilidad del sistema financiero y a qué problemas pretende dar solución y a cuáles ha de hacer frente para ello, ello dentro del marco previsto en nuestro ordenamiento jurídico constitucional, buscando concluir, si es al menos factible como posible forma de contención del gasto sin que ello suponga un menoscabo en nuestro sistema sanitario.

2.- Ante una creciente demanda sanitaria ¿una necesidad de una mayor implicación social?. ¿Puede ser el copago una solución?

La mejora en el nivel de vida de los ciudadanos y la evolución de la forma en que éste se relaciona con el Estado en los últimos dos siglos no sólo han tenido como resultado que el ciudadano demande más al Estado sino que comienza a ser más consciente de lo que ha de demandarlo. No obstante, como sabemos,

las enormes diferencias de unos modelos con otros (...) y los diferentes gastos en protección social y valor absoluto de cada PIB, hacen que existan muchas dificultades para obtener conclusiones válidas (...). No obstante, sí parece existir una cierta escasez presupuestaria en todos los estados". MORENO MILLÁN, E., "Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente", *Emergencias*, núm 19, 2007, p. 32.

Sobre el copago en otros sistemas podemos ver las síntesis de SAN SEGUNDO, G., "El copago sanitario o la polémica del Euro", *Med Econ*, 2004, p. 34. Puede encontrarse el texto en [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/5d6d88cd171e7652c12577c000309295/\\$FILE/areportaje%20copago.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/5d6d88cd171e7652c12577c000309295/$FILE/areportaje%20copago.pdf).

Podemos consultarse igualmente el cuadro comparativo realizado por PUIG JUNOY, J., "Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué", *Hacienda Pública Española*, núm. 158, 2001, pp 116 y ss.

³ Tal y como señala MORENO MILLÁN "aún cuando los GSPb de los distintos países y los indicadores de sus resultados en salud son habitualmente comparados, lo cierto es que

los recursos del Estado son limitados para hacer frente a la cada vez más creciente demanda de servicios públicos, y en ocasiones incluso innecesaria que se produzca ésta ocasionando un coste innecesario a otros usuarios, tanto en términos monetarios como de tiempo empleado en acceder al servicio.

Entre las causas de esta creciente demanda no sólo es destacable la mayor conciencia del individuo de la importancia de la salud, y sobre todo de los cuidados preventivos, la mejora general en el nivel de vida de nuestra sociedad, o incluso el constantemente creciente número de beneficiarios por el fenómeno de la inmigración. Es preciso considerar junto a ellas otras causas como la mejora en los sistemas de diagnóstico y prevención, aspectos conocidos por los ciudadanos, lo que redundará en la gran calidad de nuestro sistema sanitario. No obstante, como se puede imaginar, mantener estos niveles de calidad y uso intensivo de tecnología exigen una fuerte inversión, pero también un alto gasto de mantenimiento, lo que implica, especialmente en épocas de escasez, racionalizar los mismos buscando un sistema sostenible que no corra el riesgo de quedar agotado por el enorme gasto que lo amenaza cada vez más. Así, coincidimos con SPAGNOLO DE LA TORRE en que “el reto del futuro es encontrar la adecuada combinación entre la acción del mercado, incentivadora de la eficiencia, y la acción del Estado, garantizadora de la equidad (...). Se trataría de favorecer la provisión más eficiente con independencia del criterio de propiedad”⁴.

De entre los sistemas cuya viabilidad para el sostenimiento del sistema financiero se discuten está el copago sanitario. Como indicamos, los sistemas de copago implican hacer partícipe al individuo en el coste del servicio que demanda, lo que puede ocurrir bien trasladándole la totalidad del coste, compartiendo el coste con él (en forma de porcentaje o cuota), o vía una deducción de impuestos. Así, tal y como señala MONTSERRAT “el copago se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para corresponsabilizar al usuario del coste de los servicios que utiliza y, al mismo tiempo, rebajar la factura del gasto público”. Lograr el equilibrio entre los dos objetivos no es una tarea fácil”⁵.

En la mayor parte de los países occidentales, sobre todo desde la extensión del Estado social tras la II Guerra Mundial y la consiguiente intervención del Estado en todos los aspectos del bienestar, los individuos trasladaron al Estado toda la responsabilidad de lograr la procura existencial (*daseinsvorsorge*) de la que hablaba Forsthoff. Si bien en los primeros años, y derivado más de las necesidades de la reconstrucción que de la propia incapacidad del individuo ello resultaba imprescindible con el tiempo se han perdido numerosas oportunidades de ir haciendo partícipe a aquéllos del bienestar social. Ello incluso ha ocasionado que algunos sistemas de bienestar, como el sueco en la década de los noventa, hayan colapsado, ocasionando una redefinición del mismo que, introduciendo mecanismos de corresponsabilidad y de gestión mixta⁶. Esta circunstancia no ha supuesto que se haya dejado de calificar a éstos sistemas como sociales, ni que se haya dejado de prestar la debida atención al ciudadano, aún cuando demagógicos discursos no duden en afirmar que introducir este tipo de mecanismos en prestaciones como las sanitarias supondrá que se dejara de atender a los individuos.

Es evidente que introducir este tipo de modificaciones al sistema implica llevar a cabo un adecuado análisis del mismo, buscando evitar que los beneficios deseados se conviertan, por una mala aplicación de la hipotética solución, en perjuicios para el sistema.

En este punto se hace necesario responder a una pregunta. En qué momento de la utilización del sistema sanitario podría ser conveniente la utilización del copago. Podríamos concluir, tras haber revisado otros sistemas de copago, que existen dos momentos

⁴ SPAGNOLO DE LA TORRE, E., “Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell”, *Medicina Clínica*, Vol. 100, núm. 7, 1993, pág. 260.

⁵ MONTSERRAT, J., “El patrimonio en el copago de las prestaciones de la Ley de Dependencia”, p. 61.

⁶ El exceso de crecimiento del sector público, unido a una coyuntura económica no muy favorable resquebrajó su estructura y fue necesaria una reconstrucción total partiendo de nuevos planteamientos y dejando de lado las políticas practicadas hasta la fecha. El nuevo modelo planteado es, a grandes rasgos, un sistema público-privado, donde al sector público le corresponde la regulación pero al sector privado la administración, habiéndose alcanzado mayores índices tanto de eficacia como de eficiencia. En este nuevo modelo se replantaron igualmente las políticas públicas, pasando el papel principal del Estado al individuo, que adquiere gran protagonismo no sólo en cuanto a la elección de quién o como le suministra algunas de las prestaciones, sino también por cuanto puede tomar un papel activo en la decisión de mejora de éstas. Al respecto, *in extenso*, puede consultarse el análisis que efectúa Mauricio ROJAS en *Reinventar el Estado del Bienestar. La experiencia de Suecia*, Gota a Gota, Madrid, 2008, en particular las páginas 21 a 100.

en que pudiéramos considerarlo como opción: en la atención primaria y en la atención especializada.

En la primera de ellas, se trataría de establecer un precio simbólico de tal forma que se disuadiera a los usuarios de una asistencia indebida a los centros de salud y de las consiguientes visitas al médico de familia. Este precio habría de ser un mínimo tal que fuera en cierta forma gravosa la asistencia cuando no se necesita, pero que, no lo fuera tanto que dejase fuese del sistema de atención primaria a quién lo necesita.

Es preciso tener en cuenta que consideramos que quizás ello no supondría una racionalización total de uso, pero al menos, quién lo usa de una forma no responsable habrá de sufragar su coste. Por otro lado, habría que tener en cuenta ciertas cautelas para evitar que las personas sin recursos accediesen al sistema sanitario. De no tenerse en cuenta esta posibilidad estaríamos afectando no sólo el propio sentido de la atención primaria y los principios de nuestro sistema sanitario, sino estaríamos ocasionando que no sirviese de nada parte de la atención que se presta en ella, que es preventiva. De esta forma se trataría de buscar un precio tal que mantuviéramos una atención primaria y preventiva pero sin excluir de ella a ningún grupo de personas.

En la segunda de las opciones, el usuario pagaría por las pruebas diagnósticas que le solicite el facultativo. Si bien partimos siempre del buen hacer del profesional sanitario, de optar por esta segunda forma de establecimiento del copago no descansaría en el usuario la voluntariedad del uso, sino que es el facultativo el que de alguna manera determina lo que el usuario necesita. Al no ser deseo del primero el decidir usar o no los medios a su alcance sino que ha de someterse a dichas pruebas para su diagnóstico, consideramos que asumir el coste del copago sería, en este caso, indebidamente justificado, por cuanto a priori podríamos establecer que el usuario no dejará de someterse a las pruebas de diagnóstico puesto que precisa de éste, por tanto, el coste ha de sufragarlo el propio sistema sanitario por cuanto es él, por medio de sus facultativos, el que determina qué necesita⁷.

⁷ Somos conscientes de que habría que racionalizar igualmente el coste en la atención especializada pero los problemas a considerar en ésta son distintos. Así, habría de ser el propio sistema sanitario el que estableciese sus controles de calidad para determinar si el tipo y volumen de pruebas solicitadas responden al fin para el que se realizan, y no son simplemente una forma del médico de solicitar cualquier tipo de prueba que pueda descartar cualquier tipo de dolencia aún cuando los síntomas del paciente indiquen la improbabilidad de ésta.

Siendo éstas las opciones que podemos plantear consideramos más adecuada la primera ya que de dicha manera existe cierta voluntariedad en el individuo en cuando a la necesidad de acceder o no al sistema sanitario. Determinado esto, es preciso avanzar algo más y discutir cómo lo hacemos, o cuál es la forma óptima de hacerlo.

Vemos dos posibilidades al respecto, que se cobre el precio en el momento de prestación del servicio o bien que se facture a posteriori. La primera de las opciones consideramos que plantea problemas derivados de la necesidad de contar con personal en cada centro de salud que se dedique a ello (lo que podría multiplicar ad infinitum el gasto en medios personales y materiales, al menos), y por el otro lado, cómo controlar quién pudiera estar exento o sujeto a algún tipo de bonificación adicional de una forma fiable. La segunda opción, cobrar *a posteriori*, nos evitaría la primera de las objeciones planteadas, ya que se puede centralizar la gestión, por tanto bastaría con el mismo personal del centro de salud que registraría, en la entrada del mismo, qué paciente accede y por qué motivo, completándose el registro con lo que añadieses el médico tras la consulta, de tal forma que se pudiese valorar mejor si la asistencia a la misma era necesaria o no.

Optando por esta facturación *a posteriori* y para evitar la objeción planteada de contar con personal específico para ello en cada centro de salud, la posibilidad más sensata es la remisión de facturas al usuario tras la prestación del servicio. Dicha emisión puede hacerse mediante el envío al paciente a su domicilio o bien en el momento de finalización de la consulta, siendo entregada por el médico.

Esta segunda forma planteada, implicaría que una vez atendido el paciente, y éste conforme con la consulta, emita la factura desde su ordenador y la entregue al paciente. En dicha factura se haría constar, igual que si optáramos por la otra forma y la enviáramos a su domicilio, el coste de la consulta y el importe a pagar, con un código identificativo para poder proceder al pago⁸.

⁸ El código facilitaría que el paciente pudiese pagarla en el banco, o incluso en las oficinas de correos, como ocurre actualmente con las facturas de suministros. Si bien esta opción supone convertir de alguna forma al médico en gestor, lo que podría ocasionar cierto rechazo en este colectivo, podría servir de base de datos, incluso para la elaboración de estadísticas por parte del médico o el personal de los centros de salud, e incluso para el mejor seguimiento del paciente.

Es quizás aquí cuando estimamos que han de entrar en juego aquellos sujetos que pudieran bien quedar exentos o bonificados en el copago. La razón de ello es que, emitiendo la factura tras la prestación de servicios, ésta le ha de llegar a todos los usuarios si queremos cumplir nuestro objetivo de hacer conscientes a los ciudadanos de que la asistencia sanitaria no es gratuita, de tal forma que se detallase en la factura qué le ha costado al Estado atender al individuo. En dicha factura se habría de hacer constar la exención en el caso de que fueran individuos que no han de quedar sujetos por el copago —como pueden ser, los incluido en el régimen no contributivo de la Seguridad Social, los enfermos crónicos o la atención urgente—, o aquellos bonificados en él —pudieran ser los pensionistas o determinadas categorías de pensionistas—, y por tanto, la cantidad a abonar resultante⁹.

Para evitar impagos en la factura y poder controlar mejor los beneficiados de alguna forma por dichas exenciones o bonificaciones, una forma de hacerlo, y al tiempo, evitar parte de los costes derivados de la gestión, sería integrando los datos con el sistema tributario. De esta forma, si bien en un primer problema existirían ciertos costes fijos derivado de la modificación de los sistemas informáticos y la integración de los mismos, serían rápidamente amortizados al tiempo que, cruzando los datos sería al menos fácilmente identificable si, por motivos de renta, determinadas personas hubieran de quedar exentas del pago sanitario igual que quedan exentas del pago tributario. Ello evidentemente supone una modificación respecto a la utilización de las tecnologías de la información y comunicación en la mejor gestión sanitaria, conexas con el sistema que comentamos, y de la que no nos ocupamos por escapar a nuestro objeto. No obstante,

⁹ Como puede adivinarse de nuestras palabras, y en aras a no quebrar el principio de igualdad, habrían de quedar afectados todos los individuos, al igual que ocurre con el sistema tributario, por ejemplo, si bien, para evitar que queden fuera del sistema sanitario grupos de individuos desfavorecidos, en distintos grados, convendría que la legislación de desarrollo tuviera en cuenta determinados grupos de individuos que habrían de quedar exentos del pago, así como un sistema de bonificaciones para el resto considerase el nivel de renta del individuo.

Existen numerosos estudios sobre ello desde el punto de vista económico, estableciendo tanto las líneas maestras que han de dibujar los sistemas de copago como qué cuantías han de establecerse. Nos remitimos por todos al estudio de PUIG JUNOY, J., “Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué”, publicado en el número 158 de Hacienda Pública Española, por la claridad en su exposición y la sencilla explicación de otros estudios internacionales al respecto.

al integrar ambos datos, se facturaría al individuo por las cantidades adeudadas pudiendo producirse la facturación de forma anual, con la declaración del IRPF de cada año, o en periodos inferiores de tiempo —si así pudiera determinarse—, si bien a efectos de la gestión y de la disminución de costes de gestión sería deseable que se produjese para todos los individuos de la primera de las formas planteadas: con la declaración anual.

Otra forma, si optásemos porque es el médico el que emite la factura, sería mediante un sistema de códigos en el sistema que avisase al facultativo si existen facturas pendientes, de tal forma que pudiese comunicar ello al usuario y en su caso determinarse la apertura de una vía administrativa de cobro por la autoridad correspondiente.

Si uno de los principales problemas que se ha detectado en cuanto al cobro del precio es el coste burocrático, el establecimiento de una fórmula como la que acabamos de plantear supone evitar parte de ellos ya que bastaría con la creación de una estructura central en cada administración responsable de la emisión de las facturas que cruzase sus datos con la administración central para el cobro de las mismas.

Consideramos necesario plantear un último problema de los muchos que nos podría sugerir el establecimiento del copago en la atención primaria, y que es el siguiente. Cómo evitamos que, por sortear el copago en la atención primaria el usuario no acuda a las urgencias hospitalarias para ser atendido sin verse afectado por el copago.

Nos planteamos la posibilidad de que un individuo, buscando no pagar por la asistencia que recibe aduciendo que es asistencia urgente acceda al sistema sanitario por las urgencias hospitalarias. Esta circunstancia es de hecho la que ocurre en otros sistemas regidos por principios distintos a los europeos continentales, en los que la asistencia sanitaria supone pagar un precio por ella, como ocurre en el estadounidense. En los Estados Unidos se ha dado la circunstancia de que, como la asistencia de urgencia ha de ser prestada por los hospitales, los usuarios que, por falta de medios generalmente, no pueden costearse las prestaciones sanitarias que requieren acuden a las urgencias de los hospitales, de tal forma que han llegado a convertirse en auténticas puertas de entrada al sistema sanitario.

No tendría ningún sentido el establecimiento de un mecanismo como el que proponemos si pudiera sortearse por la puerta de urgencia de los hospitales, ello al menos por dos motivos, uno notablemente más

importante que el otro. El primero de ellos es porque sería un fraude al sistema, el segundo porque podría colapsar las urgencias de los hospitales. Es por ello que el copago habría de extender a las urgencias hospitalarias cuando, tras la prestación de la asistencia requerida, y atendiendo a criterios médicos, se determinase que la atención recibida no era una urgencia sanitaria y sí en cambio una consulta. En el primero de los supuestos, si fuese una asistencia sanitaria, quedaría exento del pago del servicio, no en cambio en el segundo, si se determinase que era una consulta y hubo de prestarse en los centros de atención primaria. Para ello, el facultativo, habría de indicar en el parte médico final que dicha urgencia había de ser atendida en el centro de atención primaria y por tanto es un servicio facturable, para que se pudiese emitir dicha factura.

En este punto hemos determinado que el copago puede ser una medida sanitaria para la contención de una demanda indebida y por tanto para evitar cierto gasto innecesario del sistema sanitario al tiempo que contribuya a despejar en los ciudadanos la idea de que la asistencia que reciben es gratuita. Esta responsabilidad ciudadana en la percepción del coste, como así podríamos denominarlo, es quizás la mayor ventaja que se le achaca a un mecanismo en el que todos ven serios inconvenientes.

En cuanto a lo segundo, todos los estudios que sobre el mismo hemos analizado coinciden en afirmar que no es un método adecuado para la contención del gasto ya que supone incurrir en enormes gastos en relación con la gestión del mismo y por otro lado, y es el argumento que parece tener más fuerza, al implantarse en el sistema farmacéutico se ha demostrado en éste que no supuso una contención de la demanda. En relación con este punto consideramos, por un lado, que no son extrapolables los datos y, aún cuando lo fueran, si el mayor gasto farmacéutico es soportado por quién incurre en él al verse obligado a pagar por los medicamentos que consume indebidamente no vemos ningún inconveniente para que ello ocurra igual con el gasto sanitario. Así, si un ciudadano decide soportar el coste que el sistema sanitario le repercute vía copago por un uso indebido del mismo, es opción suya, beneficiándose todo el sistema de su voluntaria coparticipación en la contención de los gastos.

Por otro lado, todos esos estudios coinciden en el mismo punto, que hacemos nuestro, razón por la cual obviamos cierto análisis económico. Faltan estudios con datos ciertos sobre qué efecto real tendría sobre el sistema. Es por ello que, hasta el momento en que se realicen no podemos sino remitirnos a los que ya

existen ante la imposibilidad de aportar nada nuevo a los mismos.

Nos parece más interesante en cambio ver si sería posible el establecimiento del copago en nuestro país considerando los principios que inspiran nuestro sistema sanitario. De entre los principios de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad¹⁰, pudieran resultar más relacionados, por su posible afección con el copago, los relacionados con la protección y la promoción de la salud, la igualdad de los ciudadanos, la universalidad, la gratuidad y la equidad –igualdad de acceso y tratamiento–¹¹. Coinciden algunos autores en señalar que los problemas podrían venir por la posible contravención de estos últimos.

Por nuestra parte, no vemos ninguna posible contravención de la protección y promoción de la salud ya que el pago de un precio por un servicio es completamente independiente de la labor que le ha de corresponder a la Administración sanitaria para conseguir este objetivo. No es el copago en ningún caso, o no ha de serlo, una forma de financiación del sistema sanitario –de serlo, podría incluso ayudar a una mejor protección y promoción de la salud al contar con un medio más de ingresos– sino una forma de contención del gasto mediante la participación del individuo en él. En el mismo sentido la universalidad, por cuanto no deja de ser tal por el hecho de establecer precios por su prestación.

En cuanto al resto, evidentemente resultaría afectada la gratuidad si entendemos que el sistema es gratis en cuanto que no pagamos un precio en el momento de prestación del servicio. Pero, como venimos diciendo desde el principio, el sistema no es gratis ya que aún cuando efectivamente hoy no pagamos tras acudir a una consulta, por ejemplo, el sistema sanitario lo estamos pagando con nuestros im-

¹⁰ A estos mismos principios se refiere el Preámbulo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

¹¹ Sobre este principio coincidimos con CARBONERO, VICH, C.L., ALBERTI, TRUYOLS, SEGUÍ, GALMÉS, y VICH, G.A. cuando señalan que “la equidad no puede entenderse como un valor a preservar en el ámbito sanitario, sino en el conjunto de la llamada protección social, porque puede darse el caso de colisión de necesidades, mejor dicho, de colisión de financiación de necesidades sociales y no puede prevalecer la atención a una en detrimento de las otras”. CARBONERO, J.M., VICH, C.L., ALBERTI, F., TRUYOLS, A., SEGUÍ, J.R., GALMÉS, A., VICH, G.A., “¿Afecta el copago sanitario a la equidad?”, medicina Balear, núm. 3, 2010, p. 40.

puestos, de tal forma que, sería, si queremos, *menos gratis* al pagar algo más por el mismo servicio¹².

En cuanto a la igualdad y la equidad, que relacionamos, pudieran surgir ciertos conflictos de no diseñarse adecuadamente la forma del copago y de no integrarse de igual forma todo el sistema jurídico.

No creemos que sea ir en contra del principio de igualdad establecer que se costee un servicio que se utiliza, pero sí consideramos que pueden existir desigualdades en el acceso, no en el tratamiento, y no precisamente derivadas del establecimiento del copago.

Tal y como está diseñado actualmente el sistema sanitario, vemos que existen profundas diferencias entre los ciudadanos que residan en uno u otro territorio, si bien muchas de ellas suponen una quiebra en la equidad por no existir una igualdad en el acceso a los tratamientos, ya que existen distintas prestaciones en algunas Comunidades Autónomas, por lo que no existe una igualdad en el acceso a los tratamientos, o no, asumiendo la gratuidad de ellas. Si pensamos en un sistema de copago y dejamos que sean las administraciones autonómicas, actuales competentes en la prestación de la asistencia sanitaria al haber asumido ellas las competencias¹³, las que determinen si lo es-

¹² Puede surgir en cambio en este punto la duda de si, de alguna manera, se produce una doble imposición, al pagar por el servicio vía impuestos una primera vez, y vía copago en un segundo momento.

¹³ Las Comunidades Autónomas que dejaron de estar bajo las funciones y servicios del INSALUD a pasar a autogestionarse lo hicieron en virtud de los respectivos Reales Decretos de 27 de diciembre de 2001, cuya aprobación es preciso considerar junto a la promulgación, también en fecha 27 de diciembre, de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Las normas que dieron cobertura a estos traspasos fueron —siguiendo el orden numérico, no de publicación—: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la

tablecen o no y en qué cuantía, no sólo sería de más difícil gestión si asumimos como óptima lo dicho en páginas precedentes, sino que efectivamente llegaría a producirse una quiebra en la equidad. De esta forma, consideramos que la única forma de no quebrarlo es estableciendo el sistema de copago a nivel estatal. De regularse de esta manera, las posibles barreras de entrada derivadas del pago de un precio por servicios serían iguales para todos los individuos, no existiendo una quiebra en la equidad, o no más que la existente igualmente¹⁴.

No vulnerar el principio de igualdad tal y como queda establecido constitucional y legalmente, es posible si consideramos qué tipo de individuos pueden quedar fuera del sistema por carecer de fondo, e incluirlos en el mismo mediante exenciones a este copago o mediante bonificaciones al precio del mismo.

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud; Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Sobre la descentralización puede consultarse DOMÍNGUEZ MARTÍN, M., *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid, 2006, págs. 253 y ss.

¹⁴ No opinan en el mismo sentido CARBONERO, VICH, C.L., ALBERTI, TRUYOLS, SEGUÍ, GALMÉS, y VICH, G.A., para quienes “cualquier medida de pago directo (ticket moderador o copago) por parte de los ciudadanos cuestiona el acceso lo que, a su vez, compromete la equidad. Se puede decir que este tipo de medidas desnaturalizan el modelo y favorecen, por ello, la posibilidad de sustitución”. CARBONERO, J.M., VICH, C.L., ALBERTI, F., TRUYOLS, A., SEGUÍ, J.R., GALMÉS, A., VICH, G.A., “¿Afecta el copago sanitario a la equidad”, *medicina Balear*, núm. 3, 2010, p. 39.

Estos mismos autores consideran “también una afectación del principio de beneficencia que es menos rotunda, porque el copago está orientado a la preservación, aún menoscabado, del modelo actual: el principal argumento para su implantación es su sostenibilidad, y esto en, en sí, benéfico. No obstante, una cosa es la intención y otra la medida, que puede (...) [generar] un riesgo para un sector de la población, lo que lesionaría el subprincipio de utilidad- incluido en el principio de beneficencia- fragilizándolo en relación a la situación actual”. *Ibidem*.

4.- Conclusiones: ¿El copago como forma de contención del gasto?

Si bien no dudamos en afirmar que el copago es una forma de implicar al usuario en el uso responsable del servicio tenemos ciertas dudas de que sea una auténtica forma de contención del gasto, o quizás no a corto plazo, aún cuando el hecho de hacerle participe suponga que al menos el uso irresponsable está compensado económicamente.

No obstante no podemos ser del todo categóricos en esta afirmación ya que, como hemos indicado, faltan estudios rigurosos al respecto en nuestro país. A pesar de que sí es un sistema que funciona en otros países de nuestro entorno, los resultados que se derivan, no positivos en igual grado en todos los Estados, no son extrapolables, salvo desde un punto de vista teórico, a nuestro país, por las diferencias estructurales, aún cuando los sistemas sanitarios tengan cierto parecido. Es por ello que, a falta de un serio y riguroso estudio económico, que requeriría de ciertos medios que no sólo escapan al objeto de esta comunicación, sino de un tiempo largo de estudio para observar en diferentes momentos sus resultados, no podemos sino sumarnos a la corriente doctrinal que intenta aportar ideas sobre cómo llevar a cabo un sistema de copago en el marco actual de nuestro sistema sanitario.

Desde la humildad del estudioso ha sido éste nuestro objetivo. Tras la lectura de distintas aportaciones doctrinales, unas a favor de estos sistemas y otras contrarias a él hemos llegado a las conclusiones que hemos intentado explicar en páginas precedentes. Ello ha supuesto que consideremos que el copago ha de ser considerado en la atención primaria, no en la especializada, y a él han de quedar sujetos todos los individuos, si bien han de preverse mecanismos de exención y bonificación para rentas bajas y enfermos crónicos, entre otros, de tal forma que su introducción no suponga, en ningún caso, que un individuo pueda quedar fuera de la atención sanitaria por no poder hacer frente al copago. Correlativamente han de ser establecidas medidas que eviten que se utilicen las urgencias hospitalarias como forma de evitar el pago en las consultas de atención primaria.

Tal y como señalamos, si bien puede ser una fórmula que ayude en algo por la toma de conciencia del individuo del coste sanitario no es la medida que solucionará el grave gasto sanitario. Es preciso junto a ella considerar otras que pasarían, en primer lugar, por establecer adecuadas formas de control de calidad y eficiencia en la prestación sanitaria, la inversión en tecnologías que facilite el trabajo de los fa-

cultativos, tanto en medios de diagnóstico como de consulta y comunicación que les permita llegar a un mejor y más rápido diagnóstico, la inversión en la formación de todo el personal médico, y, entre otras que pudiéramos pensar, la mejora en la gestión hospitalaria.

En cualquier caso, y por cuanto es una medida que en algo puede ayudar a la contención del gasto, es preciso que, de adoptarse, se tenga en cuenta, buscando su mejor gestión, la mayor centralización posible a efectos administrativos, y el cuidadoso estudio de los usuarios del sistema sanitario para evitar que buscando una mejor gestión afectemos en calidad a una sanidad que precisamente tiene en ella uno de sus puntos fuertes.

Bibliografía

“Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios”, *Atención Primaria*, Vol. 26 núm. 4, 2000, pp. 155 a165.

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y Recomendaciones*, julio de 1991, Puede consultarse el texto en salpub.uv.es/admon/docs/legislacio/es/Informe_Abril_Martorell_1.pdf.

CARBONERO, J.M., VICH, C.L., ALBERTI, F., TRUYOLS, A., SEGUÍ, J.R., Galmés, A., VICH, G.A., “¿Afecta el copago sanitario a la equidad”, *Medicina Balear*, núm. 3, 2010, pp. 36 a 41.

ERRASTI, F., *Principios de Gestión sanitaria*, Díaz de Santos, Madrid, 1997.

GENÉ BADIA, J., “Copago sí, Copago no”, *FMC*, 2009, pp. 251 a 253.

MESTRE FERNÁNDEZ, F., “Reference Prices: the Spanish way”, *Investigaciones económicas*, vol XXVII, 2001, pp 125 a 149.

MONTSERRAT, J., “El patrimonio en el copago de las prestaciones de la Ley de Dependencia”, *Economistas*, núm. 122, 2009, pp. 55 a62

MONTSERRAT, J., “La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios”, *Documentos*, núm 10/10, Instituto de Estudios fiscales, 2001.

MORENO MILLÁN, E., “Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente”, *Emergencias*, núm 19, 2007, ppñ 32 a 35.

PUIG JUNOY, J., “Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué”, *Hacienda Pública Española*, núm. 158, 2001, pp. 105 a 134

RODRIGUEZ CABRERO, G., “La protección social a la dependencia en España en el marco social europeo”, *Panorama social*, 2006, pp.23 a 45.

ROJAS, M., *Reinventar el Estado del Bienestar. La experiencia de Suecia*, Gota a Gota, Madrid, 2008.

SAN SEGUNDO, G., “El copago sanitario o la polémica del Euro”, *Med Econ*, 2004, pp. 30-34. Puede consultarse en [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/5d6d88cd171e7652c12577c000309295/\\$FILE/areportaje%20copago.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/5d6d88cd171e7652c12577c000309295/$FILE/areportaje%20copago.pdf).

SPAGNOLO DE LA TORRE, E., “Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell”, *Medicina Clínica*, Vol. 100, núm. 7, 1993.

VILLALOBOS HIDALGO, J., “Copago y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario”, *Aghatos*, pp. 44 a 48.

VILLALOBOS HIDALGO, J., “copago y sociedad del bienestar”, *Gestión Hospitalaria*, 2004, pp. 98 a 101.