

Copago sanitario: ¿sabemos de qué estamos hablando?

JOSÉ M^a ABELLÁN PERPIÑÁN - FERNANDO I. SÁNCHEZ MARTÍNEZ

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD
Y EVALUACIÓN ECONÓMICA
'CAMPUS MARE NOSTRUM' - UNIVERSIDAD DE MURCIA



La implantación del 'euro por receta' en Cataluña ha generado un sinfín de declaraciones inexactas, cuando no erradas, empezando por algunos titulares en los medios de comunicación ('Cataluña aprueba el primer copago sanitario'), que parecían ignorar que el copago farmacéutico existe en España ¡desde 1966! A la vista del panorama creado, permítasenos la maldad de dejar en evidencia a algunos de los representantes políticos, de diferente signo, que se han pronunciado al respecto en fechas recientes. Como se dice el pecado, pero no el pecador, parafrasearemos algunas de estas declaraciones, omitiendo la identidad de sus autores. Antes, dejemos claras dos cosas: una, que el copago es un mecanismo destinado a moderar una demanda excesiva (por innecesaria), debida a que el consumidor se enfrenta a un precio cero; por tanto, el copago no es un instrumento con finalidad recaudatoria (aun cuando aporte ingresos). Y dos, que el copago no es la panacea, y que si no se modula podría perjudicar la salud de los más vulnerables. Dicho esto, pasemos a analizar algunas de las afirmaciones oídas recientemente:

1. «El copago sanitario en sentido estricto no es el que se cobra por los medicamentos, sino el que grava una intervención quirúrgica, una prueba diagnóstica o una consulta».

O sea, que el copago es algo así como el colesterol, que lo hay bueno y malo. Así, cobrar por una consulta al cardiólogo es copago 'malo', mientras que cobrar por un anticoagulante es copago 'bueno'. Cobrar por un antiinflamatorio es aceptable; hacerlo por un TAC es una perversión. Curiosa distinción esta, pues el copago tiene sentido cuando hay un consumo innecesario, sea de medicamentos (España es subcampeona mundial tras EE UU), pruebas diagnósticas o visitas médicas. La forma racional de acotar el copago no es recurrir al subterfugio («esto no es propiamente copago»), sino determinar en qué servicios hay síntomas de sobreutilización.

2. «El copago en realidad es un 'repago' porque los ciudadanos ya pagan con sus impuestos la sanidad que reciben».

O sea, que exigir 1 euro por receta implica cobrar dos veces por un mismo servicio, pero incrementar el 'céntimo sanitario', por ejemplo, es legítimo, pues se trata de un impuesto. Esta afirmación ejemplifica la falacia de identificar acceso universal con completa gratuidad en el momento de utilizar los servicios. Según esto, cualquier servicio que conlleve el pago de una tasa implica un 'repago': desde la recogida de basuras hasta la matrícula universitaria. El argumento es infantil, amén de perverso, pues conduce a justificar cualquier subida de

impuestos para que el ciudadano no tenga que 'repagar'. El copago tiene otros inconvenientes, pero es tan 'repago' como cualquier alza impositiva.

3. «Seamos serios, el copago por renta no es posible; no vamos a ir todos al médico con nuestra declaración bajo el brazo».

O sea, que en una sociedad donde, para conceder una beca se utiliza la declaración de la renta, resulta imposible hacer lo mismo para modular el copago en sanidad. Del 'euro por receta' solo están exentos en Cataluña los perceptores de pensiones no contributivas y otras prestaciones asistenciales (además de los medicamentos más baratos y las recetas que excedan de las 61 anuales). Con una casuística tan limitada, los costes de gestión son reducidos. Incluso si se quisiera diferenciar por tramos de renta, el mayor problema no sería su factibilidad, sino la desigual incidencia del IRPF, que recae básicamente sobre los asalariados. Pero este problema del fraude fiscal trasciende el ámbito del copago, y ya está distorsionando el acceso a otras prestaciones.

4. «El copago no tendría efecto porque la mayor parte del consumo la realizan los pensionistas y éstos estarían exentos».

O sea, que pensionista es sinónimo de pobre, por lo que los jubilados entrarían dentro de la exención según nivel de renta. Esta equiparación automática entre mayor edad y menores ingresos es cierta en muchas (demasiadas) ocasiones, pero no siempre. Tomemos el caso del copago farmacéutico existente: ¿no es injusto que un desempleado pague el 40% del precio del medicamento, mientras que un jubilado que gana 2.000 euros al mes no pague nada? El 70% de las recetas del Sistema Nacional de Salud se concentra en un 20% de la población (pensionistas y sus beneficiarios); este mismo colectivo en Muface (donde el copago es del 30% incluso para los pensionistas) consume un 40% menos. Esta diferencia sugiere lo que precisamente pretende evitar el copago: la demanda excesiva derivada de la gratuidad. Así lo han entendido en Cataluña, donde solo las pensiones más bajas quedan exentas.

No sabemos más que nadie sobre el copago, pero hemos dedicado un tiempo a estudiar sus pros y sus contras; lo suficiente como para estar inmunitizados frente a sus entusiastas defensores, pero también frente a sus furibundos detractores. Nadie mínimamente informado puede proclamar que el copago sea la única solución a la sobreutilización de los servicios sanitarios. Pero tampoco nadie mínimamente riguroso puede negar que el consumo excesivo de servicios sanitarios es un problema real, y que el copago tiene en principio una razón de ser. Así que hablemos del copago; sin miedo, pero con rigor. ¿Es posible?

