

# El copago sanitario

VICENÇ NAVARRO\*

PÚBLICO, 07 Ene 2010

Existe una percepción generalizada en algunos sectores políticos del país de que la población está abusando del sistema sanitario. Se cita el hecho real de que el número promedio de visitas por habitante en España es el más alto de la Unión Europea de los 15 (el grupo de países de la Unión Europea de semejante desarrollo al nuestro) como indicador de tal abuso.

Cada habitante visita al médico, como promedio, nueve veces al año, cuando el promedio de la UE-15 está alrededor de cinco veces. De ahí deriva aquella percepción sobre la cual se basan una serie de propuestas encaminadas a corregir este supuesto abuso. Y, puesto que una de las causas de este abuso se asume que es la gratuidad de los servicios, se está proponiendo un copago (la cantidad más frecuentemente utilizada es de un euro por visita) para desincentivar tal abuso. Según tal teoría, si la gente tiene que pagar un euro por visita, se lo pensará dos veces antes de ir al médico, reduciendo las visitas a las estrictamente necesarias.

El problema con estas propuestas es que están basadas en una percepción errónea, resultado de haber calculado mal el número de visitas promedio por habitante. Cuando analizamos la naturaleza de tales visitas, vemos que no menos del 25% de estas visitas responden a necesidades de tipo administrativo (tales como necesitar la firma del médico para trámites médicos), que en otros países no se contabilizan

como visitas médicas, puesto que es el personal administrativo el que se encarga de tal menester. A ellas se suma otro porcentaje que llega a representar un 20% más de visitas que, de nuevo, en otros países no se contabilizan como visitas médicas, pues las hacen las enfermeras (que en nuestro país están enormemente subutilizadas) pero que, aquí, en nuestro país, se contabilizan al realizarlas los médicos. Cuando se descuentan visitas de tipo administrativo y las que podrían atenderse por parte de otros profesionales, resulta que el número de visitas realizadas estrictamente por razones médicas, que deben ser atendidas por médicos, es un número incluso menor que en el promedio de la UE-15.

El problema no es el abuso de los servicios sanitarios por parte de la población, sino el diseño de la atención primaria sanitaria, que sobrecarga al médico con responsabilidades que en otros países realizan otro tipo de profesionales, como los de enfermería o personal administrativo. En este aspecto, el Plan de Reforma de la Atención Primaria, de reciente aprobación por la Generalitat de Catalunya, es un buen paso en esta dirección. Tal programa da más responsabilidades a las enfermeras y utiliza mejor a los médicos, dándoles, además, más autonomía.

En cuanto al supuesto impacto disuasorio, no creo que un euro por visita disuada a la mayoría de la población que utiliza los servicios sanitarios. Sí, en cambio, puede disuadir a los individuos de baja renta, los cuales son un número considerable. No hay que olvidar que 10,8 millones de trabajadores en España son mileuristas; es decir, 6 de cada 10 trabajadores cobran mil euros al mes o menos (algo superior al salario mínimo interprofesional, 633 euros al mes). Es precisamente en este colectivo donde no se debe desincentivar la utilización de servicios, pues se tiene gran evidencia de que este colectivo es el que precisamente

tiene mayor número de enfermedades y las que tiene son más graves. De ahí que, si se decidiera establecer un euro por visita, debiera ponerse un límite (en cuanto al número de euros al año), pues en caso contrario se desincentivaría el consumo entre los grupos más necesitados.

En realidad, lo que está ocurriendo es que se pide al usuario que cubra los grandes déficits de fondos al Estado, resultado de la escasa carga impositiva de las rentas superiores (según la Comisión Nacional del Mercado de Valores, el salario promedio de los directivos de las empresas que cotizan en Bolsa es de 56.250 euros al mes) y del enorme fraude fiscal entre tales rentas, las cuales tienen una carga fiscal sensiblemente inferior al promedio de la UE-15. Como la mayoría de la ciudadanía es consciente de que los ricos en España no contribuyen lo que deberían, es comprensible que la ciudadanía se oponga al copago.

Habiendo dicho todo lo anterior, la realidad es que la sanidad pública española está subfinanciada (el gasto público sanitario por habitante es de los más bajos de la UE-15). Y quedan todavía áreas de servicio por cubrir, tales como odontología, es decir, servicios de dentista. En España se puede ver la clase social de los niños mirándoles su sonrisa. Un niño de clase trabajadora no cualificada tiene siete veces más caries que un niño de familia burguesa. La boca y dentadura de la población es un indicador de su clase social. De ahí la urgencia de que tales servicios se ofrezcan, rompiendo con los corporativismos profesionales que se oponen a ello. Esto quiere decir que la sanidad pública debiera ofrecer tales servicios (y otros, como podología, atención a personas con problemas en los pies) con precios definidos por el sector público, limitando la cantidad a pagar al año a una cifra accesible a la mayoría de la ciudadanía y excusando el pago a aquellas personas que no pudieran

pagarlo. Aquí el objetivo de la tasa no es desincentivar (no existe razón para desincentivar estos servicios necesarios), sino recoger fondos que complementen los fondos públicos. El argumento de que sería mejor aumentar los impuestos para cubrir tales servicios me parece convincente y lo comparto. Pero mientras ello no ocurra, algo tiene que hacerse, pues lo óptimo no puede ser el enemigo de lo necesario.

*\*Vicenç Navarro es catedrático de Políticas Públicas. Universidad Pompeu Fabra, y profesor de Public Policy. The Johns Hopkins University*