

Políticos y empresarios están preparando el terreno para llevar a cabo una nueva agresión contra los usuarios: la introducción del copago por la utilización de servicios sanitarios públicos, financiados hasta ahora exclusivamente a través de impuestos.

Al no atreverse ninguna fuerza política en solitario a proponer esta medida, es más que probable que, como en el caso de las pensiones de jubilación -Pacto de Toledo-, los partidos mayoritarios lleguen a un "Acuerdo de Estado" que les permita aplicarla "repartiéndose el desgaste" político.

- El copago consiste en volver a pagar por algo que ya hemos pagado, y se pretende justificar a través de un bombardeo de falsos mensajes que nos dicen que "el sistema es insostenible" debido al incremento del gasto y a una supuesta sobreutilización de los servicios¹, ocultando que el estado español dedica mucho menos dinero que la media de la Unión Europea para la Sanidad Pública.²
- No podemos olvidar que ya existe un importante copago: la aportación en farmacia del 40 % para las personas activas³ y del 10 % para los pacientes con enfermedades crónicas.
- Nos dicen que el único objetivo del copago es concienciar a la población para que al tener que pagar una parte del coste de la asistencia haga un mejor uso del sistema. ¿Concienciar a la población?: salvo atención primaria y los servicios de urgencia de los hospitales, todo uso de los recursos sanitarios requiere inexcusablemente de la indicación del médico. El verdadero objetivo que se persigue es que parte de la atención sanitaria sea pagada en el momento del uso (además de con impuestos), medida de escasa repercusión para las rentas altas, pero catastrófica para los ciudadanos con escasos ingresos o enfermedades crónicas. De nuevo, con la disculpa de una crisis que no han creado los trabajadores, se plantea que sean los sectores menos favorecidos los que asuman el gasto.

¹ La inmensa mayoría de la demanda sanitaria es determinada por el personal facultativo, en función de las necesidades del paciente. Además una parte muy importante de las consultas médicas (según algunos autores cerca del 40%) no son tales, sino que se deben a motivos burocráticos o a actividades que podrían ser realizadas por otros profesionales, con lo que la frecuentación médica real en nuestro país, sería incluso menor que la media de la UE-15.

² En 2006 sólo dedicábamos a gasto público sanitario un 5,7 % del PIB frente al 6,7 % de la UE-15. "Gasto Público en Enfermedad / Atención Sanitaria. Porcentaje del PIB. Países UE-27, 1990-2007". <http://www.observatoriosocial.org>. Además, según la OCDE, en 2002, nuestra renta per cápita alcanzó el 78% del promedio de la Unión Europea (UE-15) pero nuestro gasto sanitario público solo llegó al 67% de la media.

³ El copago ya se estableció hace tiempo. Excepto los pensionistas, todos pagamos un porcentaje elevado de las medicinas (40 %) y una parte de las prótesis externas. Además determinadas prestaciones son o muy deficitarias o claramente insuficientes, por lo que nos vemos obligados a pagarlas (la mayoría de la atención buco-dental, psicoterapia.....).

¿EN QUÉ PODRÍA CONSISTIR EL COPAGO?

A pesar de que los estudios demuestran los efectos perversos del copago (no ha contenido el gasto y ha disminuido la equidad, afectando básicamente a las personas con menos recursos, ancianos y enfermos crónicos), distintos países de la UE vienen aplicando medidas “disuasorias” para la utilización de la sanidad. Dichas medidas van desde el cobro de un ticket moderador cada vez que se acude a un centro de salud, o por cada visita a un especialista; cobro de una tasa por ser atendido de urgencia; pago por cada día de ingreso hospitalario, por determinadas pruebas diagnósticas durante el mismo, o por la comida; establecimiento de pólizas privadas complementarias; pago de farmacia por parte de los pensionistas según su nivel de renta; ...

En España, por lo que se viene publicando últimamente y, en función de lo que ocurre en otros países, las intenciones podrían ir por:

- Introducción de un ticket moderador - 2 o 3 euros- para ser atendido por el médico de cabecera o pediatra.
- Cobro de una tasa en urgencias, si el médico que presta asistencia considera que el motivo “no es urgente”.
- Cobro de un porcentaje mínimo en farmacia a los pensionistas -se habla de un 10 %, como los pacientes crónicos- o en base a una escala, según el nivel de renta.
- No cubrir ciertas prestaciones sanitarias (eficaces, pero de alto coste). Para recibirlas se debería pagar aparte, o suscribir una póliza de seguro con una empresa privada (como actualmente la salud bucodental, la podología, ..).

RAZONES PARA NO ACEPTAR EL COPAGO SANITARIO

- Porque la gratuidad de los servicios públicos es el resultado de muchos años de lucha de los trabajadores para conseguir acceder a prestaciones sociales que los ricos podían obtener pagando por ellas pero a las que los trabajadores tenían difícil acceso por carecer de medios económicos suficientes. El copago supone, pues, un ataque directo al salario social de la población trabajadora.
- Porque se incrementará la desigualdad. Los servicios públicos gratuitos suponen un factor redistributivo de rentas de los ricos a los pobres si se financian a través de los impuestos (siempre y cuando, éstos sean siquiera mínimamente progresivos, como es el caso del IRPF) pues el acceso es universal -para ricos y pobres- pero si los ricos pagan más en forma de impuestos, está teniendo lugar una redistribución a favor de los trabajadores. Con el copago se reduce esa acción redistributiva y se acentúa por lo tanto la desigualdad, que en España es ya de por sí muy elevada: el 20% más rico de la población se llevó en 2008 5,4 veces más renta que el 20% más pobre.⁴
- Porque incrementa las diferencias sociales, no es equitativo y perjudica a las personas con menores niveles de renta y estudios.⁵
- Porque la finalidad que realmente se persigue con esta medida es la mercantilización -aún mayor- de la Sanidad Pública, conseguir que mediante el pago de cantidades pretendidamente simbólicas, paulatinamente interioricemos que hay que pagar por la obtención de prestaciones sanitarias. Quieren que aceptemos lo que es nuestra salud para quienes proponen estas medidas: una **mercancía**.
- Porque en el caso de que este llamado “copago” prospere, **clasificarán y discriminarán a la población según su nivel económico**. Es un primer paso para convertir la Sanidad Pública en una “beneficencia” asistencial para personas “con mínimos recursos económicos”.

⁴ Datos extraídos de la base de datos de Eurostat:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

⁵ Se ha demostrado que a pesar de tener menor necesidad de atención médica, los grupos de mayor renta y nivel educativo presentan una mayor probabilidad de acudir al especialista que los de menor nivel. Es decir, incluso sin copago, ya se han demostrado desigualdades en el acceso a los especialistas a favor de los grupos socioeconómicamente más favorecidos. Ver: “Inequalities in access to medical care by income in developed countries”. Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria, Xander Koolman for the OECD Health Equity Research Group. Can. Med. Assoc. J. 2006 174 (2) : 177-183.:

- Porque si se introduce el copago en Atención Primaria (por ejemplo 1 € por consulta) se corre el peligro de que la demanda se desvíe hacia urgencias, sobrecargándolas y provocando un gasto mayor de lo que se pretendía ahorrar.
- Porque si además se introduce para el uso de urgencias, se puede impedir el acceso a quien realmente lo necesita.
- Porque en cualquier caso, la implantación de un sistema de copagos exigiría el desarrollo de una estructura de gestión y control muy compleja que generaría un importante coste económico que podría ser mayor que los ingresos esperados.
- Porque si, por ejemplo, se dejara exentas de pago a las personas con renta inferior al salario mínimo interprofesional -633 €/mes- aún sería enorme el número de ciudadanos que tendrían serios problemas para poder acceder al sistema sanitario: no se puede obviar que un 63% de los trabajadores son mileuristas.⁶
- Porque si se traspasa al personal sanitario la decisión de si la consulta era o no urgente (y por tanto si se debe de pagar o no), se estará convirtiendo al profesional en un juez más que en un clínico, poniendo en riesgo la necesaria relación de confianza y atentando contra la ética.
- Porque el “supuesto abuso del paciente” es mínimo en los sistemas públicos de salud (algunos autores lo cuantifican como mucho entre el 1% y el 2% del gasto sanitario total). El paciente sólo puede acceder directamente a la atención primaria y a las urgencias hospitalarias, cuando la mayor parte del gasto sanitario se produce en los hospitales (a los que el paciente sólo puede acceder por indicación clínica).
- Porque la introducción de copagos farmacéuticos puede incrementar los efectos adversos (aumento de la utilización de las urgencias y de las hospitalizaciones, incremento de la mortalidad), debido a la reducción forzada del consumo.⁷
- Porque, en definitiva, los estudios realizados en otros países que han instaurado el copago o ampliado el que ya tenían, evidencian que con esta medida no se ha conseguido contener el gasto aunque sí que ha ocasionado una reducción de la equidad y de los derechos sociales por ser

⁶ <http://www.kaosenlared.net/noticia/estado-espanol-63-son-mileuristas-tres-millones-asalariados-viven-5-eu>

⁷ Contoyannis, P. Hurley, J, Grootendorst, P, Jeon, S-H and Tamblin. R: ‘Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: An illustration from Quebec, Canada’ *Health Economics* (2005) 14: 909-923.

un sistema de financiación insolidario que sólo consigue disuadir a las personas con menos recursos económicos, grava a los ancianos y a los enfermos crónicos que son los que necesitan una mayor atención y olvidan la prevención, eje fundamental de una sanidad de calidad.⁸

Dicen que no hay dinero para la Sanidad Pública y, sin embargo, las empresas privadas están cada vez más interesadas en desembarcar en el sector, donde tienen asegurados, por mucho tiempo y sin el menor riesgo, altos beneficios.

ES FALSO QUE NO HAYA SUFICIENTE DINERO PARA MANTENER LA SANIDAD PÚBLICA

- El estado español dedicó en 2006 sólo el 5,7 % del PIB a gasto sanitario público, frente al 6,7 % que dedican, de media, los países de la UE-15.⁹
- Mientras en 2009 se han presupuestado **63.238 millones de €** para sanidad pública en todo el estado, los datos sitúan el fraude fiscal y la economía sumergida en España entre el 23% y 25% del PIB, mientras que, en la UE-15, esta cifra oscila entre el 10 % y el 12%.

Cada año Hacienda deja de ingresar 90.000 millones de € debido al fraude fiscal, dinero suficiente para financiar otro sistema sanitario.¹⁰

⁸ ¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria? Centro de Estudios Andaluces 06 2005
<http://www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/publicaciones/Actualidad06.pdf>

⁹ "Gasto Público en Enfermedad / Atención Sanitaria. Porcentaje del PIB. Países UE-27, 1990-2007".
<http://www.observatoriosocial.org>.

¹⁰ Fraude, corrupción y blanqueo de capitales en España. IHE. En:
<http://www.inspectoresdehacienda.org/attachments/Documento24.pdf>

- Estudio de la Comisión Europea, publicado en 2002. Señala que entre 1998 y 2002, la economía sumergida en España pasó del 15% al 22% del PIB.

- Estudio del Instituto de Estudios Fiscales elaborado por los profesores Miguel Gómez González y Ángel Alagón en agosto de 2003: "la economía sumergida suponía el 21% del PIB, por un importe de alrededor de 130.000 millones de euros".

- Instituto de Crédito Oficial. El presidente del Instituto de Crédito Oficial manifiesta que la economía sumergida podría situarse entre el 20% y el 25% del PIB.

- Diferentes organismos (OCDE, FUNCAS, ICO; M^o Trabajo, UE) sitúan la economía sumergida del estado español entre el 20,4 % y el 25 % del PIB, lo que supondría según el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Economía, una bolsa de economía sumergida de 241.465 millones de euros.

Según ellos "el fraude fiscal y social en España representa anualmente algo más de 88.617 millones de euros no ingresados, de los cuales 58.676 M corresponden a impuestos (el 24,3 %) y 29.941 M a cuotas de la Seguridad Social (el 12,4% restante)".

Las deudas canceladas por AEAT por "otras causas", principalmente por imposibilidad de cobro por insolvencia y anulación por órganos administrativos, y tribunales de justicia, y, en menor medida, por prescripción y otros motivos menores, ascienden a 8.720 y 8.240 millones de € en 2006 y 2007, muy superior al de liquidaciones ingresadas en cada año. Estas cantidades suponen más que el presupuesto sanitario anual para 2009 de autonomías como Madrid (7.119 millones de euros)

A pesar de esto, ningún gobierno ha adoptado medidas serias para acabar con la evasión fiscal.¹¹

- El gobierno central sigue tomando medidas destinadas a rebajar la fiscalidad de los banqueros y sus altos ejecutivos con retroactividad¹², al tiempo que con motivo de la “crisis bancaria”, ha inyectado más de 230.000 millones de € al sistema financiero.
- La supresión del Impuesto de Patrimonio ha supuesto dejar de ingresar entre 1.800 y 2.100 millones de € (según consideremos la recaudación de 2006 o de 2007 que ofrece la Agencia Tributaria).¹³ Su restablecimiento sólo para los 47.614 contribuyentes que declaran un patrimonio individual superior a 1,5 Millones de €, supondría un ingreso para las arcas públicas de unos 1.240 millones de €¹⁴ (cantidad similar al total del gasto sanitario anual en Extremadura).
- La rebaja y/o eliminación a partir del 2010 del impuesto de sucesiones y donaciones en cada comunidad autónoma, supone una importante pérdida de ingresos. De acuerdo con las series estadísticas sobre la recaudación tributaria del Ministerio de Economía y Hacienda¹⁵, solamente en 2007 el Estado y las Comunidades Autónomas ingresaron por este impuesto casi 3.000 millones de euros. Con ese dinero se podría financiar el sistema sanitario de Canarias durante un año.

<http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2009/lucha-eficaz-contra-el-fraude-fiscal-y-la-economia-sumergida.-prioridad-y-necesidad-urgente..pdf>

¹¹ La reforma del delito fiscal en el código penal es positiva pero insuficiente para la lucha eficaz contra el fraude. Nota de prensa enviada a los medios el 23 de enero de 2007. Organización Profesional de Inspectores de Hacienda del Estado.

En: <http://www.inspectoresdehacienda.org>. “La realidad es bien distinta, con más de 2.000 procesos penales pendientes en los Tribunales, con una deuda tributaria de 3.600 millones de euros y nadie en prisión por haber cometido delito fiscal”.

¹² Los subinspectores de Hacienda estudian impugnar ante el Supremo la rebaja de la fiscalidad a banqueros http://www.lavozdegalicia.es/dinero/2008/12/19/0003_7408784.htm

¹³ Para 2006 puede verse:

http://www.aeat.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/patrimonio/2006/jrubikedcd.html; para 2007,

http://www.aeat.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/patrimonio/2007/jrubik10f7.html. Véase también: El Gobierno suprime el Impuesto del Patrimonio y aprueba la ayuda de los 400 euros. El Mundo 18-04-2008

<http://www.elmundo.es/mundodinero/2008/04/18/economia/1208503131.html>

¹⁴ Lucha eficaz contra el fraude fiscal y la economía sumergida. Prioridad y necesidad urgente. GESTHA. <http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2009/lucha-eficaz-contra-el-fraude-fiscal-y-la-economia-sumergida.-prioridad-y-necesidad-urgente..pdf>

¹⁵ <http://www.meh.es/es>

ES/Areas%20Tematicas/Impuestos/Direccion%20General%20de
%20Tributos/Paginas/RecaudacionyEstadisticasSistemaTributarioEspa%C3%B1ol1997-2007.aspx

Elaborado por CAS (Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad) con la colaboración de ICEA

- En el año 2008 las cuotas de IVA dejadas de ingresar podrían acercarse a los 17.176 millones de € (cantidad superior a la suma del gasto sanitario anual de Madrid y Cataluña), lo que supone un 1,58 % del PIB de dicho ejercicio, y durante el período 2000-2007 habrían alcanzado los 71.156 millones de €¹⁶ (cifra que alcanzaría para financiar “otro” Sistema Nacional de Salud).
- Mientras los trabajadores ven mermadas sus nóminas por importantísimas retenciones fiscales, las grandes fortunas refugian su capital en las SICAV -Sociedades Anónimas cuyo objeto es invertir en activos financieros- que tributan sólo al 1%.

En 2009, las grandes fortunas españolas han obtenido beneficios un 27% mayores de los que consiguieron en 2008, alcanzando la astronómica cifra de 6.800 millones de €.¹⁷

- Otra vía para conseguir dinero para la sanidad pública sería la reducción y el control de los escandalosos **sueldos y gastos** de los 80.000 cargos políticos.¹⁸
- El gasto militar supuso 18.609 millones de € en 2009, es decir, el 1,64 % del PIB o 408 euros por habitante y año, o sea, un gasto diario de 50,98 millones de euros.¹⁹
- Son escandalosas las enormes diferencias entre trabajadores y empresarios, respecto a las cantidades que declaran como ingresos -IRPF-: más de 3 millones de empresarios y profesionales liberales, declaran menos ingresos que la media de los asalariados.²⁰ "Si bien es cierto que dentro de esta categoría hay numerosos autónomos y falsos autónomos (es decir, aquéllos que son forzados por sus patrones a hacerse autónomos para que la empresa se ahorre las cotizaciones sociales) que tendrán unos niveles de renta similares a los de los asalariados, no es menos cierto que en este apartado muchos empresarios están defraudando al fisco: ¿Quién

¹⁶ Evolución de la recaudación por IVA en los años 1995-2008: radiografía de un gran fraude fiscal. GESTHA, octubre 2009.
<http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2009/evolucion-de-la-recaudacion-por-iva-en-los-anos-1995-2008.-radiografia-de-un-gran-fraude-fiscal.pdf>

¹⁷ <http://www.publico.es/dinero/281243/ricos/ganan/ano/recesion>

¹⁸ [La Casta: el increíble chollo de ser político en España](#). Daniel Montero. La Esfera de los Libros, 2009

¹⁹ El gasto militar del estado español para 2009. Centre d'estudis per a la JMDELÀS. Por cada avión de combate Eurofigther se pueden construir 3 hospitales.
http://www.antimilitaristas.org/IMG/pdf/376_informe_despesa_2009_cas.pdf

²⁰ Lucha eficaz contra el fraude fiscal y la economía sumergida. Prioridad y necesidad urgente. GESTHA. Así, 1.550.000 empresarios y profesionales en estimación directa declaran 7.400 euros de rendimientos menos que la media de asalariados. Otros 1.740.000 empresarios en módulos declaran 9.000 € menos que la media de asalariados <http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2009/lucha-eficaz-contr-el-fraude-fiscal-y-la-economia-sumergida.-prioridad-y-necesidad-urgente..pdf>

puede creerse estas cifras? ¿Cómo es posible que los empresarios cobren menos de media que sus propios asalariados?

Si entre los profesionales existen médicos, arquitectos, abogados y otras profesiones de prestigio con altas retribuciones ¿cómo declaran tan poco?

Produciéndose estos escándalos ¿cómo pretenden presentarnos como una medida “progresista”, necesaria y más equitativa la instauración de copagos en función de los niveles de renta?

- Los ciudadanos desconfían del sistema fiscal. Así, en 2008, un 67% opinaba que el fraude fiscal había aumentado (la cifra más alta desde 1995). Respecto a que colectivos defraudan a Hacienda, en primer lugar se sitúan los empresarios, con un 45 %; en segundo lugar las profesionales liberales con el 18 % y los asalariados ocupan el último lugar con un 1 %.²¹

HAY ALTERNATIVAS AL COPAGO

Es posible reducir algunas partidas del gasto sanitario y dedicar ese ahorro a las actividades más necesarias y de mayor impacto sobre la morbi-mortalidad, pacientes crónicos, camas de media y larga estancia, salud buco-dental, salud mental,

Algunas serían:

- ✓ La compra centralizada de los medicamentos más prescritos y su distribución directa en los centros sanitarios supondría un importante ahorro, ya que el margen de beneficio de las oficinas de farmacia²² ronda el 30 % del precio de venta de cada medicamento, y el 9% para los almacenes de distribución (en el sector farmacéutico los beneficios empresariales son inmensos y determinan el precio final de los fármacos: piénsese que son del 16 % al 18 % neto en el caso de las multinacionales farmacéuticas).
- ✓ El Ministerio de Sanidad debería dejar de autorizar la financiación por el sistema público de aquellos nuevos fármacos que no aportan ninguna ventaja cualitativa sobre los anteriores y son notablemente más caros.
- ✓ Servicio centralizado de compras para el resto de suministros, con objeto de aprovechar las ventajas de las economías de escala²³, perdidas tras el traspaso de la sanidad a las CCAA (en la actualidad las centenares de Gerencias existentes en el estado realizan muchas compras de suministros directamente con gran variedad de precios y calidades).

²¹ Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2008. Instituto de Estudios Fiscales. Serie Documentos Nº 15/09. http://www.ief.es/Publicaciones/Documentos/Doc_15_09.pdf

²² Ley General de Sanidad. Artículo 103.b

²³ Sistema de Adquisición Centralizada.
<http://www.meh.es/es-ES/Servicios/Contratacion/Contratacion%20de%20Bienes%20y%20Servicios%20Centralizados/Paginas/default.aspx>

- ✓ Rescatar de manos de la industria farmacéutica la formación continuada de los médicos, formación que debería incluir necesariamente el uso racional del medicamento y estar a cargo de entes públicos independientes y no de las multinacionales del sector, así se evitaría que la información estuviera condicionada por intereses espurios.
- ✓ Optimización de las instalaciones públicas de diagnóstico y tratamiento (imagen, litotricias,). Si se hiciese, no haría falta recurrir a clínicas privadas, que realizan este tipo de pruebas a pacientes públicos incluso de madrugada, aunque no tengan carácter urgente, con el consiguiente perjuicio para pacientes y trabajadores. ¿Por qué determinadas servicios sólo funcionan por la mañana en los centros públicos?
- ✓ Funcionamiento de quirófanos y consultas hospitalarias mañana y tarde, lo que reduciría las listas de espera y la “necesidad” de conciertos y derivaciones a la privada (que en algunas CCAA ya suponen el 20 % del gasto sanitario público).
- ✓ Reducción del aparato de gestión. Las transferencias sanitarias han multiplicado el aparato burocrático y de gestión, creando verdaderos Reinos de Taifas donde una élite directiva de poder, nombrada por afinidad política, con escaso control y elevados sueldos, ha contribuido a disparar el gasto; sin producirse una mejora en la calidad, sin acercar la sanidad a los pacientes, y sin posibilitar la participación/decisión de trabajadores y usuarios.
- ✓ Rescatar los hospitales y centros sanitarios privatizados de “modelo concesión”, cuyos contratos a 30-60 años son una auténtica bomba financiera de relojería para el sistema público.