

INTERNACIONAL

## **La OMS y Asia acuerdan medidas de respuesta en catástrofes**

**■ EP/AP** Colombo  
La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los ministros de Sanidad de once países asiáticos han acordado en Sri Lanka una serie de medidas dirigidas a mejorar su capacidad de respuesta en el caso de que la región vuelva a sufrir un desastre natural similar al tsunami del año pasado.

Las distintas partes han mostrado su disposición a reforzar las infraestructuras en materia de salud pública, haciendo especial énfasis en las políticas educativas, así como en la mejora del acceso a medicinas y vacunas, según indica la OMS en un comunicado.

FRANCIA

## **Estudian prohibir el tabaco en las empresas**

## ■ Redacción

Francia prepara un proyecto de ley para noviembre que podría incluir la prohibición total de fumar en el lugar de trabajo, "siguiendo el ejemplo de España", según informa *Le Quotidien du Médecin*. El diputado encargado de redactar el texto, Yves Bur, se ha reunido esta semana con patronal y sindicatos, así como con representantes del sector hotelero, para explicarles la necesidad de la medida, ya que el tabaquismo pasivo se cobra al menos 3.000 vidas al año.



**ALBERT J.  
LOVELL**

Profesor de  
Medicina Preventiva  
y Salud Pública de la  
Universidad  
Autónoma de  
Barcelona

**Estaría dispuesto a copagar si este tipo de Ingresos permitieran identificar y atender de forma precoz las necesidades médicas de todos los ciudadanos**

**Pagar por lo adicional obliga al sistema a definir tres conceptos: necesidad médica, cartera de servicios y catálogo de prestaciones adicionales**

**BIBLIOGRAFIA:** 1. Michel M C. Eur Urol Suppl 2005; 4 (2): 15-24. 2. Asplund R. Eur Urol Suppl 2005; 3 (8): 24-32. 3. Dierickx B. Eur Urol Suppl 2005; 4 (2): 61-68.



**TRIBUNA** INTRODUCIR MEDIDAS DE ESTE TIPO INCREMENTARÍA LOS RECURSOS ADICIONALES PARA EL SISTEMA SANITARIO

## ¿Podemos hablar de copago?

→ Copago es un término que resurge cada vez que se habla de crisis en la financiación de la sanidad, pero que por su impopularidad es desecharado por todos los grupos políticos. El

autor se muestra, a título personal, partidario de introducir fórmulas que permitan inyectar más recursos al sistema al tiempo que incrementan la calidad y la equidad.

Escribo este artículo a título individual, como paciente y como profesional especialista en salud pública que lleva unos cuantos años reflexionando y escribiendo sobre la viabilidad y la calidad de los sistemas sanitarios. Pienso que la próxima reunión de los presidentes de comunidades autónomas para debatir la financiación sanitaria constituye una buena oportunidad para reflexionar sobre el tema del copago. Soy, aunque preferiría no serlo, por razones obvias, un gran usuario de los servicios públicos de salud. La enfermedad se fija en mí y no tengo más remedio que hacerle frente con todas sus consecuencias. Como usuario del Sistema Nacional de Salud presumo que, si mi esperanza de vida me lo permite, tarde o temprano tendré que afrontar decisiones de copago. De hecho, ya he pagado voluntariamente algunas prestaciones sanitarias que el sistema me ofrecía gratis o subsidiadas: transporte sanitario, analíticas y compra de fármacos. Obviamente, no han sido cantidades económicas importantes y las he podido asumir sin que se produjeran quebrantos en la economía familiar, con base en criterios de libertad de elección, comodidad y responsabilidad hacia el sistema. Al hablar del copago hay dos hechos que se deben tener en cuenta: la enfermedad siempre cuesta dinero a las familias -los denominados e ignorados costes ocultos- y la cantidad que pagar nunca debería suponer un riesgo financiero para ellas o excluirlos del acceso a la atención sanitaria necesaria. No voy a abogar en este artículo por el copago de los servicios sanitarios porque entiendo que es un tema complejo; simplemente voy intentar exponer cuáles serían algunas condiciones que considero razonables para asumirlo.

Un primer tipo de condiciones para participar en el copago están incluidas en el gobierno del sistema. Desde una perspectiva social, justificaría el copago si garantizara la viabilidad del modelo mediante una respuesta más efectiva a los principios éticos de solidaridad, subsidiariidad e igualdad que lo sustentan. En otras palabras, estaría dispuesto a copagar si este tipo de ingresos permitieran identificar y atender de forma precoz las necesidades médicas de todos los ciudadanos preservando los derechos de igualdad de acceso para necesidades iguales y los de no exclusión de beneficiarios potenciales. Para ello, precisaría de una definición de necesidad médica y de

una evaluación del valor añadido asociado al copago. Los fondos adicionales deberían servir para aumentar la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema. Esta justificación se ha de ver materializada por un sistema estandarizado de rendición de cuentas, que permite a los ciudadanos conocer los resultados clínicos y económicos de su actividad y medir el valor añadido proporcionado por el copago. Algunas personas definen este proceso como de transparencia democrática y ven en él una garantía de excelencia. Todo lo que se mide es susceptible de mejora. Además, el copago debería permitir la participación de los pacientes y los profesionales en los procesos de determinación de prioridades y en la selección del conjunto de indicadores que permitieran evaluar el funcionamiento del sistema. Esta participación tendría que fomentar estrategias que incentivarán la responsabilidad, el compromiso y la confianza.

Más calidad

Un segundo tipo de condiciones las haría desde una perspectiva personal. De esta manera, aceptaría copagar si con ello conseguiera una atención sanitaria de más calidad, más personalizada y en condiciones de mayor confort. Es obvio que algunos de estos criterios son muy subjetivos, ya que la calidad y el confort a partir de unos estándares básicos tienen un valor percibido personal, pero debería poder valorarse en términos económicos, como bien hace el sector privado con los servicios que ofrece. Por ejemplo, yo estaría dispuesto a pagar una cantidad razonable por reducir el tiempo de espera desde que me someto a una prueba diagnóstica hasta que conozco los resultados y se me aplica un procedimiento terapéutico. En la lista de espera hay pacientes que se desesperan, y la desesperación puede resultar en un coste intangible muy elevado. También estaría dispuesto a asumir un pago razonable por tener una habitación individual cuando estoy hospitalizado, por tener un tutor médico que coordinara toda la atención sanitaria que recibo y, en condiciones de incertidumbre, poder elegir entre opciones diagnósticas y terapéuticas o acceder a un programa estructurado de segundas opiniones y de consejo médico. Pagar por lo adicional obliga al sistema a definir tres conceptos esenciales: necesidad médica, cartera básica de servicios y cartera de prestaciones

servicios adicionales. Curiosamente, puedo identificar esos tres conceptos definidos de una forma muy clara cuando elijo la educación de mis hijos, pero me resulta muy difícil hacerlo con respecto al sistema sanitario. Su identificación permitiría la búsqueda de formas mixtas -público y privado- de cobertura o provisión, así como generar incentivos en los profesionales para una gestión más eficiente del sistema. He de reconocer que, como paciente, soy egoista y quiero poder acceder cuando estoy enfermo a la mejor atención sanitaria posible con independencia de coyunturas políticas o ideológicas que limiten mis expectativas y valores. Pero, ¿hay alguien que no sea egoista cuando está enfermo?

Nadie quiere el copago, salvo que proporcione valores añadidos tangibles. La decisión del copago es política y su adopción no es fácil de justificar en el contexto político actual. Sin embargo, si el hecho de no formalizar un copago lleva asociado el riesgo de acceder a unos servicios de calidad desigual, me gustaría saberlo para poder tomar decisiones personales con respecto a cómo he de proteger mi salud y la de mi familia. Posiblemente, como paciente haya riesgos para mi salud que no estoy dispuesto a asumir y aceptar. Las políticas públicas de los sistemas democráticos tienen que ser capaces de redistribuir las oportunidades de salud de una forma justa y, si éstas no pueden satisfacer las necesidades y demandas de todos los pacientes de forma igualitaria, deben publicitar sus limitaciones y ofrecer posibilidades de elección a aquéllos que quieran maximizar sus oportunidades de salud. En esas oportunidades electivas el sistema puede encontrar alternativas de financiación que faciliten su viabilidad y permitan preservar su calidad. Un sistema sanitario cerrado y que no reconoce sus limitaciones puede promover desigualdades de acceso y un racionamiento implícito de sus prestaciones, aparte de perder oportunidades de mejora. Preservar un sistema sanitario de calidad para todos los ciudadanos, mejorar el confort y la calidad de los servicios disponibles y ofrecer capacidad de elección a los usuarios, son objetivos que quizás se podrían conseguir con un uso razonable del copago. Obviamente, éstas son meras hipótesis que deberían demostrarse con estudios específicos, pero tendriamos que ser capaces de discutirlas de una forma razonada y honesta.

