

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Implicaciones del copago en la prestación farmacéutica. I: **consideraciones generales**

Los últimos datos públicos disponibles del Ministerio de Sanidad y Consumo indican que a septiembre de 2006 se habían dispensado en oficinas de farmacia durante el presente año y con cargo al Sistema Nacional de Salud, 593 millones de recetas lo cual ha generado un gasto de 7.902,5 millones de euros ¹. Indicar si dicha cifra es elevada, tanto del número de prescripciones como de su importe económico, no parece que tenga una respuesta sencilla. No obstante, lo único que se puede manifestar a priori es que dichas cantidades suponen unas magnitudes considerables en relación a la economía española. No en vano se ha discutido hasta la saciedad cómo actuar para que las mismas puedan reducirse, indicando argumentos de sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

Parece obvio que los resultados de salud que se obtienen mediante la utilización de estos recursos sanitarios pueden depender de forma directa de la cuantía de los mismos, consiguiéndose un mejor resultado en salud a medida que se invierte más en ella. Según este argumento, el incremento en el gasto farmacéutico redundaría en el incremento en el resultado en salud. Ahora bien, los datos reales no apoyan totalmente esta teoría ² (los países que mayor gasto presentan no obtienen los mejores resultados de salud) por lo que parece razonable que dicho gasto tuviera un límite en función de los resultados obtenidos.

Por otra parte, incluso en el caso de relación directa y constante entre gasto farmacéutico y resultados en salud, parece también razonable establecer un límite en la cuantía de los recursos económicos destinados a tal fin. Éstos se obtienen de las aportaciones de las

personas físicas y jurídicas a través de tasas e impuestos, de modo que no parece adecuado que dicha contribución crezca de forma desmesurada.

La coparticipación en el pago en el sistema de salud

Nuestro Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la Ley 16/2003 sobre Cohesión y Calidad³, se define como público, gratuito, universal, equitativo y solidario. Por ello, todos los españoles son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria, entre lo cual se hallan las prestaciones farmacéuticas. No obstante, la reciente Ley del Medicamento⁴ indica nuevamente que el beneficiario está obligado a participar en el pago por algunos medicamentos y productos sanitarios que les proporcione el Sistema de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta:

- la capacidad de pago del paciente,
- la utilidad terapéutica de los productos sanitarios,
- las necesidades específicas de ciertos colectivos,
- la gravedad, duración y secuelas de las patologías,
- la racionalización del gasto público,
- la existencia de fármacos ya disponibles o alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones

Queda entonces reflejado, como ya existía previamente, que en cada momento de utilización de los recursos farmacéuticos, el beneficiario contribuirá coparticipando en el coste de los mismos, de forma que cualquier persona sufragará el gasto de dos formas, una distribuida entre todos en forma de impuestos y otra, como copago que afecta exclusivamente en el momento en que se beneficia de su utilización.

En base a las características anteriormente citadas, tenidas en cuenta para la coparticipación del beneficiario en el pago de las especialidades farmacéuticas, los pensionistas, en función de su capacidad económica generalmente más limitada, están exentos de la misma. Sin embargo, existen especialidades con un copago del 100 por cien para todas las personas, al estar excluidas por diversas causas de la financiación del sistema de salud, mientras que ciertos colectivos, como por ejemplo los enfermos de fibrosis quística, no han de efectuar

ningún copago. En general, las patologías crónicas presentan una coparticipación reducida del 10 por ciento, con un máximo actualizable cada año. Sólo los trabajadores activos del Régimen General de Seguridad Social presentan una cuantía del copago del 40 por ciento para la mayoría de las especialidades farmacéuticas, siendo dicho porcentaje del 30 por ciento para otros colectivos específicos y minoritarios de población activa, como por ejemplo ISFAS. Finalmente, cualquier persona a la que se aplique un tratamiento en instituciones propias o concertadas del sistema de salud está también exenta de cualquier tipo de aportación económica al mismo.

Lo expuesto sirve para argumentar que, aunque individualmente el copago suponga un esfuerzo económico al paciente de cierta importancia, a nivel global, las aportaciones obtenidas de los usuarios del sistema de salud español ⁵ suponen un montante muy reducido, que además presenta una reducción gradual, progresiva y constante (Tabla 1).

Año	Consumo del SNS (mill. €)	Aportación del beneficiario (mill. €)	Aportación sobre consumo (%)
1994	4.295,37	393,33	9,2
1995	4.815,19	426,17	8,9
1996	5.340,19	453,53	8,5
1997	5.615,60	460,38	8,2
1998	6.174,72	474,56	7,7
1999	6.762,54	494,69	7,3
2000	7.319,94	518,55	7,1
2001	8.019,35	557,07	6,9
2002	8.839,03	605,14	6,8
2003	9.948,54	679,51	6,8
2004	10.514,00	688,98	6,4
2005	11.129,16	694,68	6,2

Tabla 1.- Consumo del Sistema Nacional de Salud (especialidades farmacéuticas, fórmulas, efectos y accesorios). La aportación porcentual del beneficiario se reduce de forma continua.

Una explicación a esta reducción lo constituye el también gradual y constante incremento del número de pensionistas en nuestro país. A efectos de consumo de prestación farmacéutica, este colectivo ha pasado de constituir el 32,6 por ciento del gasto en 1994 al 27,6 por ciento en 2005, sin embargo, constituyen sólo el 17,34 por ciento de la población total. Por otra parte, mientras que en 2003, el número medio de recetas por persona y año era de 9,3, los mayores de 65 superan las 25 y los mayores de 75, reciben 33,6 recetas anualmente. Además, el coste medio por receta es de 11,7 € para el conjunto de la población mientras que lo es de 13 para los mayores de 65 años. Todo esto explica que, siendo el gasto medio en recetas prescritas por el SNS de 108,9 € por persona y año, los mayores de 65 años presentan un gasto de 337 y los de 76 años en adelante, de 435 euros al año ⁶, todo lo cual está libre de coparticipación alguna del paciente.

Por otra parte, el gran incremento de la dispensación ambulatoria en centros hospitalarios, la cual está también exenta de contribución económica alguna, explica igualmente la reducción del porcentaje de aportación del beneficiario: En los últimos 15 años se ha pasado a gastos extrahospitalarios anecdóticos a participaciones que alcanzan casi la mitad del presupuesto del servicio de farmacia hospitalaria, que en 2003 superaba ya los 2.000 millones de euros a nivel nacional.

Incremento del consumo farmacéutico individual

Pensemos en el caso de un sistema de salud en donde el coste de los tratamientos farmacológicos para la restauración de la enfermedad es financiado exclusivamente mediante los impuestos recaudados a la sociedad, es decir, el paciente no contribuye con ningún pago adicional para la obtención de dicha prestación. En esta situación se pueden presentar dos formas de actuación: una, ideal, en donde no hay ningún incremento en la utilización de prestaciones sanitarias, ni farmacéuticas en particular, por parte de las personas enfermas sobre la que sería considerada como normal y la otra, más real, en la que al percibirse como coste cero, se produjera un incremento en dicho uso de recursos como fruto del equilibrio entre la oferta y la demanda.

En la primera situación, el coste farmacológico (C) que supone la enfermedad a la población global se puede estimar mediante:

$$C = N * \Sigma (n_i * c_i * p)$$

En donde,

N: número de personas que forman la población global referida

n_i : número de recursos farmacéuticos precisos

c_i : coste de cada recurso farmacéutico utilizado

p: prevalencia de la enfermedad referida

Sin embargo, en cualquier producto o servicio existe una elasticidad del mismo respecto del precio, que puede ser más o menos grande. Sólo en situaciones muy concretas no se produce elasticidad alguna, es decir, se observa una demanda inelástica como consecuencia de que el aumento o disminución en el precio de aquél no influye en la cantidad demandada. Así, incluso en el sector farmacéutico ⁷, se ha observado que un aumento en el coste de dicha prestación implica una reducción de su utilización, del mismo modo que una reducción en el coste, facilita su uso, pudiendo llegar hasta una sobreutilización de los recursos (Fig. 1). Esta situación ha sido evaluada comparando el consumo farmacéutico de los beneficiarios de la Seguridad Social y de los de MUFACE, los cuales contribuyen con un copago del 30 por ciento sin distinción de su calidad de pensionistas o no, habiéndose hallado que en estos últimos el número de recetas y el coste unitario es menor, por lo que el consumo farmacéutico por beneficiario es del 63 por ciento que el originado en la Seguridad Social ⁸.

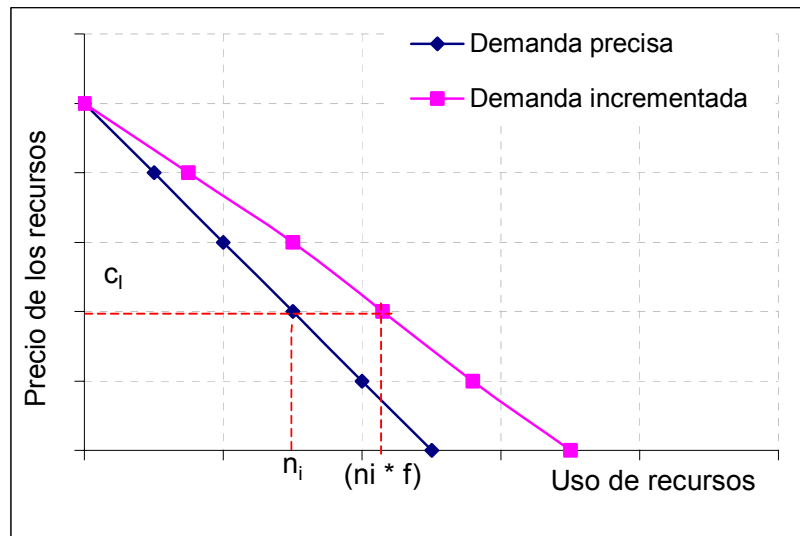


Fig. 1.- Cuando aumenta el precio de un producto o servicio, habitualmente se produce una reducción de su utilización. c_i es el precio y n_i es el número de unidades del recurso utilizado.

Por los motivos expuestos, en la segunda situación planteada, la utilización de recursos se halla incrementado por un factor ¹, f , de modo que el nuevo coste a la sociedad del tratamiento (C') es entonces:

$$C' = N * \Sigma (n_i * f * c_i * p) = C * f$$

De modo que la sobreutilización originada por la percepción de coste cero de los medicamentos (diferencia entre el coste en la primera y segunda situación) es:

$$C' - C = (f - 1) * \Sigma (n_i * c_i * p)$$

siendo entonces una función lineal de C modulada por el factor f

Imaginemos ahora una población de 3 millones de habitantes, en donde una determinada patología presenta una prevalencia estimada en 125 casos por 100.000 habitantes, la cual precisa, según las guías clínicas en vigor, 6 envases de un determinado fármaco A, que

¹ Para simplificar el modelo, se asume que el factor de sobreutilización permanece invariable para cualquier consumo de recurso farmacéutico. Ello no debe ser exactamente así en la realidad pues posiblemente se vería afectado por la percepción de utilidad de cada tipo de fármaco

tiene un precio unitario de 45,63 euros, y 4 de otro fármaco B, con precio unitario de 12,27 euros.

En este caso, y asumiendo la primera situación, de no sobreutilización de recursos en función del precio pagado por el enfermo, el coste a la sociedad del tratamiento de dicha patología sería:

$$C = N * \Sigma (n_i * c_i * p) = 3.000.000 * (6 * 45,63 * 0,00125 + 4 * 12,27 * 0,00125) = 1.210.725 \text{ €}$$

En la segunda situación estimada, se produciría un incremento de la utilización de los recursos, por lo que el número de unidades de recurso utilizado es ahora de $(n_i * f)$. Obviamente, cuanto mayor sea el valor de f , mayor será el coste a la sociedad de la patología. Así, para un valor de f en el rango de 1-2, el coste se situaría entre 1,21 y 2,42 millones de euros (Fig. 2).

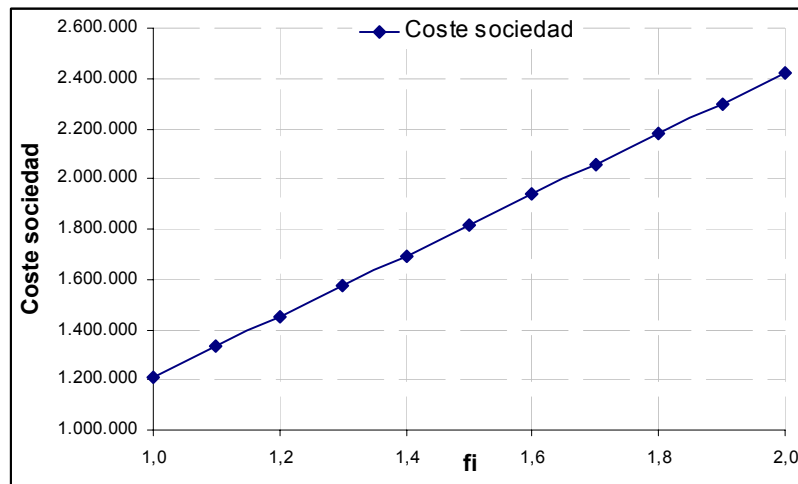


Fig. 2.- Coste de la patología referida en el texto en función del incremento en la utilización de recursos respecto del precio

Bibliografía

¹ Información del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en www.msc.es

² Cutler D, Rosen A, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *N Engl J Med.* 2006;355(9):920-7

³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE de 29-05-2003

⁴ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE de 27-07-2006

⁵ Datos Estadísticos sobre Prestación Farmacéutica. La Farmacia en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en:

[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000031.nsf/voDocumentos/D418C5BD1340E646C1256CCC003F6529/\\$File/04.DatosEstadisticos.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000031.nsf/voDocumentos/D418C5BD1340E646C1256CCC003F6529/$File/04.DatosEstadisticos.pdf) (accedido en noviembre de 2006)

⁶ Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario. Informe para el análisis del gasto sanitario. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid. Julio, 2005

⁷ Puig J. Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste. *Investigaciones económicas.* 1988,XII(1):45-68

⁸ López G, Ortún V, Murillo C. El sistema sanitario español: informe de una década. Bilbao, 1999. Fundación BBV