

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Implicaciones del copago en la prestación farmacéutica. II: **consideraciones específicas**

En la primera parte del presente informe se ha señalado la necesidad de la contribución general de todos los beneficiarios, así como la coparticipación individual de cada usuario de la prestación farmacéutica, según reitera la reciente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ello es debido, en parte, a la sobreutilización a la que tiende el individuo ante un bien o servicio cuando la percepción del coste personal se reduce a cero, independientemente de que se efectúe mediante una tasa común general una generosa contribución. Así pues, resulta de gran valor para la racionalización del gasto farmacéutico la implantación de una coparticipación individual sobre el uso.

Ahora bien, las medidas indiscriminadas de la coparticipación mencionada no están exentas de consecuencias en los resultados de salud por lo que se hace imprescindible que cualquier medida en tal sentido se haya evaluado lo suficiente para garantizar que se mantengan los criterios de justicia y equidad, benevolencia, no maleficencia y autonomía del individuo que forma que no se altere el resultado de salud deseado.

El copago como racionalizador del gasto farmacéutico

Una solución a este aumento de la demanda se adopta mediante la contribución del beneficiario en la adquisición de los fármacos en dos formas conjuntas:

- tasa dirigida a todos los beneficiarios por la cobertura del riesgo de enfermedad y la necesidad de su tratamiento farmacológico
- copago de una fracción del gasto originado por cada paciente que requiera un medicamento

La tasa común indicada se halla incluida en nuestro país en la cotización por contingencias comunes, mediante la cual - en el Régimen general de la Seguridad Social- al trabajador se le deduce mensualmente el 4,70 por ciento de su base de cotización, abonando la empresa el 23,60 por ciento de la misma ¹.

El grado de coparticipación global por uso de recursos farmacéuticos se puede estimar mediante la determinación previa del coste general en situación de sobreutilización que se equipararía con el coste considerado como asumible. Supongamos dos casos para este coste: que no varíe sobre las condiciones anteriores y que aumente en un 20 por ciento. El nivel de coparticipación será obviamente inversamente proporcional al valor de la tasa común, es decir, cuanto mayor sea la tasa que abonan todos los beneficiarios menor será el porcentaje de copago global de los pacientes (Fig. 3).

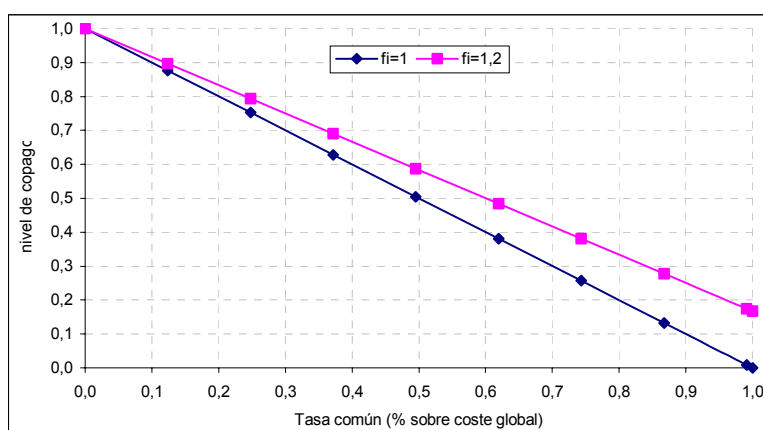


Fig. 3.- Relación entre el nivel de tasa común aplicable a todos los beneficiarios y el de copago atribuible exclusivamente a los prestatarios del servicio farmacéutico. Si existe una sobreutilización del 20% ($f_i = 1,2$), el nivel de copago será mayor para el mismo valor de tasa común.

A la vista de los resultados de la relación tasa común – copago, el porcentaje de éstos se fija en unos niveles determinados, pudiendo a continuación establecer un nivel fijo y constante

para todos los tipos de usuarios o diferenciarse en función de las características del paciente, del medicamento, de la patología, etc. En nuestro país, atendiendo a las características individuales o colectivas nuevamente señaladas en la presente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se realizan distinciones del tipo de paciente aplicándose diferentes porcentajes de copago a cada uno. Así, éste incluye una larga lista de situaciones especiales que varían en el porcentaje de contribución, siendo los valores de copago más habituales, como se indicó al principio del artículo, del 40 por ciento en general para trabajadores activos, del 30 por ciento para el personal de ciertos colectivos (MUFACE, ISFAS, etc.) y 0 por ciento para pensionistas. En función del medicamento, se aplican copagos que van desde los previamente indicados con carácter general, hasta el 10 por cien en el caso de tratamientos crónicos (con unos límites actualizables anualmente) o el 100 por cien en el caso de las especialidades excluidas de la financiación. Finalmente, respecto de la patología, si bien se aplica la norma general de coparticipación del paciente, existen diversas patologías (síndrome tóxico, SIDA, etc) que eximen de cualquier copago al paciente.

Copago fijo o variable

Una vez fijada la cuantía de la aportación global del usuario mediante el copago, puede distribuirse entre los mismos de forma fija o variable. La contribución mediante una cuota fija es el mecanismo seguido por el Reino Unido ^{2, 3}, en donde el paciente abona un copago en 2005 de 6,65 libras por producto prescrito; no obstante, existen unos bonos de compra, los *prescription prepayment certificates*, de tipo anual (95,30 libras) o para período de 4 meses (34,65 libras) que reducen la cuantía de la contribución económica del paciente con tratamientos de larga duración (a partir de 5 fármacos en 4 meses o 14 en un año). Por otra parte ciertos colectivos, que alcanzan hasta el 50 por ciento de la población, están exentos de aportación.

Otros sistemas de salud adoptan una cuota variable, como España y otros, mediante la cual, el sistema financia automáticamente un porcentaje del coste total y el paciente sólo coparticipa con la diferencia hasta el precio. Sin embargo, en Francia, con el fin de disuadir al paciente de gastos superfluos reduciendo así el gasto, la *Assurance Maladie du Régime*

*General*⁴ indica que los beneficiarios deben abonar previamente todo el importe de los medicamentos prescritos en la farmacia; posteriormente solicitan el reembolso. A partir de febrero de 2006 el reembolso varía en función del tipo de medicamento, siendo del:

- 100 por cien, en medicamentos reconocidos como irremplazables y particularmente costosos (con viñeta blanca con barra)
- 65 por cien, para los otros medicamentos (viñeta blanca)
- 35 por cien, para tratamientos de trastornos y afecciones que normalmente no presentan gravedad (viñeta azul)
- 15 por cien, para los venotónicos que el *Service Medical Rendu* ha juzgado como insuficientes; a partir de 2008 no tendrán reembolso alguno

Los enfermos crónicos, los minusválidos, las mujeres embarazadas, la población con bajo nivel de ingresos y los que padecen alguna de las 32 enfermedades graves que se recogen en una lista especial, están exentos de cualquier aportación. En caso de enfermedad de larga duración, el médico puede solicitar la exención del copago. Con este sistema, en 2005 el porcentaje de aportación global del beneficiario fue del 25,1 por ciento.

La equidad en el copago

Una característica negativa del copago fijo es su contradicción con el criterio de equidad, previamente mencionado. Este criterio se requiere para reducir los obstáculos al acceso a la prestación, creando las condiciones para que todos tengan las mismas oportunidades; en el caso del copago se produce un obstáculo de tipo económico, pero de una forma no derivada de la capacidad financiera de cada beneficiario sino estrictamente de la utilización de dicho servicio. De esta forma, el paciente debe contribuir con la misma cantidad de recursos económicos, independientemente de su economía individual.

Este punto ha querido ser solventado mediante la exención de copago de aquéllos que, habitualmente, presentan una menor capacidad financiera, como es el caso de los jubilados. Ahora bien, esta solución incluye a jubilados con rentas altas mientras deja al margen a no jubilados en situación de desempleo. Por este motivo, el argumento expuesto puede conllevar consecuencias negativas para la obtención de resultados de salud, pues los

pacientes con menor disponibilidad económica renuncian a la adquisición del fármaco por motivos exclusivamente financieros, presentando entonces peores resultados de salud ⁵.

Una solución a este conflicto es, por ejemplo, la adoptada por el régimen público de prestaciones sanitarias de Québec ⁶ (Canadá) por la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ), que presenta dos formas de contribución del paciente al coste de los fármacos: la franquicia y el copago. Cada mes, el paciente paga una franquicia, que normalmente se cubre con la primera compra mensual; una vez en este punto, en las restantes compras del mes se paga un porcentaje del precio total hasta alcanzar una contribución máxima, a partir de lo cual no se paga nada por los fármacos adquiridos (Tabla 1). Los niños hasta los 18 años, los que reciben la ayuda social ^a y los que perciben el SRG ^b (*Supplément de revenu garanti* o suplemento de renta garantizada) máximo, no pagan nada por los medicamentos ^c. En el resto de la población, cada beneficiario paga una tasa o prima anual que oscila entre 0 y 521 Can\$, en función de los ingresos familiares, que se abona en el momento de realizar la declaración de ingresos para el pago de impuestos.

	Franquicia mensual (Can\$)	Copago (%)	CMM (Can\$)	CMA (Can\$)
Adultos de 18-64 años	12,10	29	73,42	881
Mayores de 65 años:				
- sin recibir SRG	12,10	29	73,42	881
- con SRG de 1-93%	12,10	29	47,51	570
- con SRG de 94-99%	8,33	25	16,66	200
Percibiendo el seguro de desempleo	8,33	25	16,16	200

Tabla 1.- Contribución económica del beneficiario a los medicamentos financiados en el régimen público del sistema de salud de Québec hasta julio de 2007. CMM: contribución máxima mensual; CMA: contribución máxima anual; Can\$: dólar canadiense (1 Can\$: 0,6857 €)

^a Cantidad económica entregada de forma permanente a quienes justifican que no disponen de medios económicos para vivir

^b El SRG es una cantidad que se adiciona a la pensión de vejez para alcanzar una cantidad mínima mensual de ingresos. Dicha cantidad se establece en función de los ingresos familiares.

^c En el recibo entregado por la farmacia en cada dispensación se indica la contribución pagada hasta la fecha al régimen público de prestaciones farmacéuticas (RAMQ). Cada inicio de mes, dicha cantidad pasa a 0 Can\$. En dicho recibo consta asimismo la fecha en que debería realizarse la siguiente dispensación, en función de la posología y la duración del tratamiento prescrito

Mediante este sistema se produce una redistribución más equitativa del gasto, pues los que poseen menos recursos económicos coparticipan con menores cuantías. Así, el sistema favorece a aquellos pacientes que presentan tratamientos costosos unitariamente o en su conjunto. Ahora bien, este mecanismo implica que una vez que se ha sobrepasado la contribución máxima, al no existir entonces un copago exigible, el gasto personal puede incrementarse. Esto puede apreciarse a la vista de los datos de IMS Health ⁷ para Canadá y España, en donde se observan mayores crecimientos del gasto en aquél país que en el nuestro.

Copago y adherencia

Hace unos años, Puig ⁸ indicó que había una elasticidad muy pequeña en la utilización de fármacos con relación a su precio, es decir, que aumentos notables en el precio se correspondían con reducciones ligeras en el consumo, estimándose la elasticidad tan sólo en el rango de $-0,13$ a $-0,15$. En aquéllos años puede explicarse esta baja relación porque posiblemente los familiares de un beneficiario pensionista utilizaban la tarjeta de éste para conseguir sus prescripciones de forma gratuita, si bien en la actualidad la tarjeta sanitaria individual ha anulado esta práctica, por lo que dicho valor sería mayor en la práctica cotidiana.

Así, Nahir et al ⁹ han analizado recientemente la influencia del aumento del copago en la adherencia al tratamiento, observando que ésta se afecta negativamente, especialmente en aquellas patologías que no presentan una sintomatología característica, como dislipemia o hipertensión, siendo un factor de incremento de recursos sanitarios posteriores. Gibson et al ¹⁰, centrándose en el tratamiento con estatinas, manifiestan que un copago elevado es una barrera para la adherencia del paciente al tratamiento y dada la relación entre una mayor utilización de estatinas y la reducción de la frecuencia de eventos cardiovasculares, el aumento del copago puede, de forma paradójica, ser un elemento negativo en la reducción del gasto sanitario.

Posibilidades de aplicación del copago

En la actualidad, al ser un tema de complicada resolución, se han ideado diversas soluciones referentes a la aplicación de una forma de copago que sea satisfactoria bajo todos los criterios relevantes. A continuación se indican unas ideas basadas en las propuestas existentes así como aportaciones particulares.

a.- En función del beneficio terapéutico

Dado que todos los medicamentos no poseen la misma utilidad terapéutica, no es adecuado que se financie con la misma intensidad a cualquier principio activo. Sería posible establecer unos mecanismos de evaluación, basados en criterios de efectividad y de coste – efectividad que dividieran al conjunto de especialidades en algunos grupos en función de tales características (escasa o dudosa, adecuada y excepcional utilidad), adecuando entonces el porcentaje de copago correspondiente (por ejemplo, 100, 40 y 0 por ciento respectivamente). Este mecanismo sería un aliciente para que la industria farmacéutica dejara fuera del mercado los fármacos que, a priori, pueda conocer su escasa utilidad centrándose en las innovaciones relevantes.

Una variedad puede ser la asignación del nivel de copago en función del beneficio obtenido por el paciente, contribuyendo en menor cuantía las subpoblaciones que obtuviesen un mayor beneficio. Así, Goldman et al ¹¹ han analizado el resultado de salud, variando el copago, en función del riesgo del paciente, evaluando la relación entre cumplimiento, copago y utilización de recursos sanitarios para varios niveles de riesgo cardiovascular. El resultado mostraba una relación inversa entre copago y cumplimiento y entre éste y utilización de recursos sanitarios, pero dicha relación era más débil cuanto mayor era el riesgo inicial. De este modo, se argumenta la idea de reducir el nivel de coparticipación económica en aquellos pacientes de alto riesgo y de aumentarle en los de bajo riesgo.

b.- En función de los recursos económicos del paciente

Un sistema en donde cada individuo contribuya al sistema en forma proporcional a su disponibilidad parece una forma que se adaptaría más a un modelo de justicia distributiva.

Los individuos, en función de su nivel de renta, podrían coparticipar en mayor o menor cuantía en la adquisición de los fármacos. Un sistema que integrara información individualizada del rango de base imponible, declarado en la Agencia Tributaria, con la del propio sistema de salud, podría ofrecer de forma automática un nivel de coparticipación que quedara reflejado en la tarjeta sanitaria. Este sistema, de instauración obviamente más compleja que el actual, pero de factible puesta en marcha, ha sido también puesto en evidencia en un reciente análisis mediante la técnica de grupo Delphi ¹², como tendencia racional deseada y prevista para un futuro a corto-medio plazo en nuestro país.

c.- Precios de referencia

El precio de referencia se configura como un copago evitable para los economistas de la salud, pues el paciente tiene la posibilidad de evitar el mismo aceptando una especialidad que presente un precio igual o inferior al de referencia. Sólo en el caso de exigir una especialidad farmacéutica cuyo precio fuera superior al límite máximo establecido mediante este mecanismo, el paciente incurriría en el copago de la diferencia entre ambos.

Este sistema permite libertad de elección del paciente y de fijación del precio a la industria, además de crear una competencia en el mercado que se traduce en una reducción del precio final y, por ende, del gasto farmacéutico. Sin embargo, presenta el inconveniente de que dicho mecanismo puede ser eludido mediante la prescripción de nuevos principios activos farmacológicamente similares, pero que no estén afectados por ningún precio de referencia. Este camino alternativo conduce al aumento del gasto nuevamente. Para evitar este problema se han diseñado dos tipos de programas principales: de intercambio terapéutico y de precios para grupos equivalentes.

Los programas de intercambio terapéutico ¹³ identifican fármacos considerados como poseedores de una actividad farmacológica y terapéutica que posibilita su utilización de forma indistinta. Ésta es una práctica habitual en los hospitales ¹⁴ que podría extrapolarse al ámbito de la atención primaria y especializada, al dispensarse el equivalente terapéutico de menor precio, abonando el paciente el copago de la diferencia correspondiente si exige la dispensación de la especialidad prescrita.

Quizás de más fácil aplicación práctica podría ser el establecimiento de precios de referencia por grupos farmacológicos equivalentes. En este caso se establece un único precio financiado, o de referencia, para cualquiera de los principios activos que se pueden agrupar en función de su equivalencia terapéutica, por lo que el paciente no tendría repercutido ningún copago adicional en el caso que el precio de la especialidad dispensada fuera igual o inferior al del precio de referencia del grupo equivalente.

Bibliografía

-
- ¹ Seguridad Social. Bases y tipos de cotización, 2006. Disponible en: <http://www.seg-social.es/> (accedido en noviembre de 2006)
 - ² Department of Health. Prescription charge increase stays in line with inflation. Disponible en: <http://www.gnn.gov.uk/content/detail.asp?ReleaseID=190887&NewsAreaID=2&NavigatedFromSearch=True> (accedido en noviembre de 2006)
 - ³ Urbanos R. Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario. Universidad Complutense de Madrid. P.T.N. 19/04. IEF. Madrid, 2001. Disponible en: http://www.ief.es/Publicaciones/PapelesDeTrabajo/pt2004_19.pdf (accedido en noviembre de 2006)
 - ⁴ Haute Autorité de Santé. Évaluation des produits et prestations en vue de leur remboursement. Disponible en: <http://www.has-sante.fr/> (accedido en noviembre de 2006)
 - ⁵ Tambllyn R, Laprise R, Hanley J, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285:421-9
 - ⁶ Régie de l'assurance maladie Québec. Coûts reliés au régime public. Disponible en: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/> (accedido en noviembre de 2006)
 - ⁷ IMS Health's monthly overview of drug sales in key world markets. Disponible en: <http://open.imshealth.com/> (accedido en noviembre de 2006)
 - ⁸ Puig J. Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste. Investigaciones económicas. 1988,XII(1):45-68
 - ⁹ Nair K, Valuck R, Allen R, Lewis S. Impact of increased copayments on the discontinuation / switching rates of nonformulary medications. J Pharm Technol. 2005;21:137-43
 - ¹⁰ Gibson T, Mark T, McGuigan A, Axelsen K, Wang S. The effects of prescription drug copayments on statin adherence. Am J Manag Care. 2006;12:509-17
 - ¹¹ Goldman D, Joyce G, Karaca-Mandic P. Varying pharmacy benefits with clinical status: The case of cholesterol-lowering therapy. Am J Manag Care. 2006;12:21-8
 - ¹² Fundación Salud, Innovación, Sociedad. Desarrollo y sostenibilidad del sistema nacional de salud descentralizado. Estudio prospectivo Delphi. Madrid, 2005. Disponible en: <http://www.fundsis.org> (accedido en noviembre de 2006)
 - ¹³ Puigventós F, Ventayol P, Delgado O. Intercambio terapéutico. En: Bonal, J, Domínguez A, Gamundi C, Napal V, Valverde E. Editores. Farmacia Hospitalaria. Tomo I, pag. 101-112
 - ¹⁴ Programa de Equivalentes Terapéuticos. PET. Hospital Universitario Son Dureta. 3ª edición. Junio, 2001. Disponible en: <http://www.hsd.es/es/SERVICIOS/Farmacia/ENLACES/INTERNETFAR/EVALPETPDF.pdf> (accedido en noviembre de 2006)