

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 5]

A vueltas con el dilema del copago farmacéutico

La propuesta del presidente catalán, Artur Mas, de aplicar una tasa por receta ha devuelto a la actualidad lo que durante años ha sido un clamor en el ámbito de los expertos y asesores sanitarios: un copago farmacéutico en España más justo y efectivo.



La tasa por receta no debería ser mayor de un euro.

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

PRESTACIONES La propuesta del presidente catalán, Artur Mas, de aplicar un **ticket** o tasa fija por receta al margen del coste de los medicamentos prescritos ha devuelto a la actualidad lo que durante años ha sido un clamor en el ámbito de los expertos y asesores sanitarios: un copago farmacéutico

en España más justo, que además de la edad tenga en cuenta la renta. Desde el **Informe Abril** de 1991 hasta los últimos de IESE y UCH, se han sucedido los documentos que recomiendan revisar este asunto, sin que el Gobierno central, que es competente en la materia, se dé por aludido.

El 'viejo' dilema del copago farmacéutico

■ C. Fernández / R. Sierra

"El Congreso de los Diputados rechaza la introducción de fórmulas de copago (euro, ticket, etc.) por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, al entender que afectarían gravemente a principios básicos del derecho constitucional a la salud como la accesibilidad, la universalidad y la gratuidad de la atención integral de salud", acordó la Comisión de Sanidad y Consumo en su sesión del 11 de marzo de 2009, un año después de comenzar la actual crisis. Desde entonces, la coyuntura económico-financiera no ha hecho más que empeorar y aunque tanto el PP como el PSOE y los gobiernos de muchas comunidades autónomas se resisten públicamente ya hay una, Cataluña, que le ha puesto el cascabel a un gato con mucha experiencia en copago (ver cuadro): la prestación farmacéutica. El presidente catalán, Artur Mas, quiere añadir a los actuales copagos que gravan en gasto farmacéutico a la población activa un **ticket** o tasa fija por receta, sin precisar aún el sistema de cobro, cuantía ni posibles exenciones.

Antares Consulting, en su reciente informe *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto* (ver DM de 10-IX-2010-), diseñó la medida ahora anunciada por el presidente catalán: "A la aportación actual se le podría añadir un copago por parte del paciente de 0,5 euros por receta, con un máximo de 4,5 euros al mes. Esto supondría que el usuario podría llegar a pagar, en concepto de copago un máximo de un euro semanal por su medicación".

Pero son múltiples los informes y expertos que en los últimos años se han manifestado a favor de revisar y rediseñar el actual sistema nacional de copago farmacéutico. José Ramón Repullo, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III, recomendó "sin reparos", en un artículo hace dos años (AMF

IESE y UCH volvieron a poner sobre la mesa el pasado mes de octubre una cuestión que está pendiente desde que la puso de relieve en 1991 el 'Informe Abril'

2009; 5(11):625-632), "un cambio del actual sistema en los medicamentos recetados en España; si la prioridad es proteger económicamente al más débil, que tiene la mala fortuna de ser un enfermo de alto coste, y que además no es pensionista ni está exento de aportación por su enfermedad o tipo de medicación, debería instrumentarse un límite anual máximo de aportación al pago en farmacia (...) Muchos países europeos lo tienen, y nuestra próxima receta electrónica crearía los medios para hacer efectivo el sistema con bajos costes administrativos".

Protección de rentas bajas Nuria Mas, del IESE, en un estudio sobre las diferentes experiencias en Europa (ver DM de 24-X-2011), concluye que "en caso de optar por el copago, éste debería de tener en cuenta la renta de la población, protegiendo las rentas más bajas y también incorporar alguna fórmula para limitar el gasto máximo de los pacientes (cláusula *stop los*, por ejemplo). Su diseño, pues, debería ser distinto del que actualmente tiene el copago en los medicamentos, que es independiente de la capacidad económica del ciudadano". Manuel Peiró y Joan Barrubés,

Esquemas de pago farmacéutico en Europa



Alemania: Contribución variable (10 % del coste del medicamento y máximo de diez euros), con exenciones en niños y enfermos graves.



Bélgica: Contribución variable según grupo terapéutico (25-80%) del coste, con un máximo; y reducción para rentas bajas.



Francia: Contribución variable (0%, 35%, 65%) del coste según la categoría del fármaco y contribución fija adicional de 0,5 euros por medicamento. Exenciones en rentas bajas, crónicos, inválidos (contribución variable) y niños (contribución fija).



Italia: Contribución fija por región (entre 0,5 y 4,5 euros por medicamento) con posible reducción para genéricos. Exenciones en rentas bajas, crónicos, minusválidos y embarazadas.



Portugal: Contribución variable: 15%-80% del coste por medicamento y rebaja para pensionistas con pocos recursos.



Suecia: Contribución variable por tramos (50%-25%-10%) por el gasto que supere los 88 euros anuales y con un máximo de 420 euros anuales.



Reino Unido: Contribución fija de 9 euros por medicamento, con bonos anuales/cuatrimenrales para pacientes en tratamiento regular. Exenciones en niños, rentas bajas, crónicos y embarazadas.



España: Medicamentos gratis para pensionistas y copago del 40 por ciento del coste para la población activa y del 10 por ciento para crónicos, con un máximo de 2,64 euros (vigente desde 1995).

Fuente: McKinsey&Company y Fedea

de Esade, también se han manifestado a favor de actualizar el copago en farmacia.

La patronal **Unión Catalana de Hospitales**, en su reciente informe (ver DM de 11-X-2011) *Repensando el modelo sanitario* sugiere: "El sistema de copago tendría que estar vinculado al nivel de renta y no al estado de activo o pensionista como actualmente. Hay que buscar

sistemas de copago vinculados directamente con el nivel de renta (con porcentaje variable en función del nivel de renta de cada usuario) y/o revisar el porcentaje de copago para la farmacia de receta".

McKinsey&Company y la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea), en *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*, instan a sustituir el actual

modelo de pago farmacéutico por "otro (...) más justo, que evite la regresividad del sistema actual y que redistribuya el peso de la contribución entre los grupos sociales según su capacidad para asumirlo".

En concreto, recomiendan mantener el porcentaje de pago farmacéutico para la población activa del 40 por ciento incorporando exenciones o reducciones signifi-

PWC: "Existe un cierto doble lenguaje de los políticos, que por una parte prometen todas las prestaciones y por otra recortan el presupuesto"

cativas en función de la renta o desempleo; mantener las condiciones actuales de pago para los enfermos crónicos, con el mismo 10 por ciento de contribución al coste del medicamento pero actualizando el máximo por receta en 4 o 5 euros; equiparar la contribución de los pensionistas al esfuerzo que realizan los enfermos crónicos con el coste de los medicamentos; fijar un techo para el total de la contribución anual por persona (no superar los 150 ó 200 euros anuales), y, por último, establecer un sistema algo más complejo, de contribución variable, que clasifique los medicamentos según la gravedad de la enfermedad, reduciendo o incluso eliminando el pago para los cuadros clínicos más agudos.

Desde 1991

El *Informe Abril*, de 1991 (ver DM de ayer), ya proponía entonces extender el copago farmacéutico a los pensionistas; y el *Informe Vilardell*, de 2005, reclamaba equidad en el copago de medicamentos: "La actual distribución de los copagos sobre medicamentos podría no ser la ideal para la equidad y debería ser objeto de corrección, teniendo en cuenta cargas familiares, capacidad adquisitiva y presencia de enfermedades".

En el informe *Diez temas candentes de la sanidad española para 2011. El momento de hacer más con menos*, de PriceWaterhouseCoopers (PWC) y coordinado por Ignacio Riesgo, se pone el acento en estos otros aspectos: existe "un cierto doble lenguaje de los políticos, que por una parte prometen todas las prestaciones mientras que por otra recortan el presupuesto"; y, "las medidas adoptadas por algunas regiones están generando desigualdades".

LA COMPLICACIÓN DE PONER UN TECHO

Un copago aceptable debe tener un margen de elegibilidad, tanto por parte del profesional como del usuario. Por eso "no es viable un sistema de copago en asistencia hospitalaria, por ejemplo", afirma Vicente Ortún, decano de la Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona. A su juicio, lo más eficiente es "un sistema que permita recaudar mediante las oficinas de farmacia, ligándolo a la prescripción", al modo que se está planteando Cataluña. Lo complicado, según Ortún, sería

"establecer el techo de gasto", es decir, limitar hasta dónde debe llegar el copago por persona. En primer lugar, ajustando un montante por receta de "poca cantidad", y creando exenciones "para personas en paro o sin recursos, por ejemplo", así como un límite para crónicos y polimedicados. De todos modos, el economista piensa que, en lugar de crear este tipo de tasas, "sería un buen momento para reformar el actual sistema de copago farmacéutico, definiéndolo según los ingresos, no la edad".



Vicente Ortún.