



# Copago farmacéutico: cuatro años después

JAVIER RUIZ-TAGLE  
Redactor de El Global

Las palabras tienen historia y en política, además, consecuencias. El copago entró en la agenda como un arma arrojadiza en noviembre de 2011. Debatían antes de las elecciones generales el socialista Alfredo Pérez Rubalcaba y el popular Mariano Rajoy. Fue en aquella disputa dialéctica donde el copago viró desde un concepto sanitario a uno político. Poco después, el 30 de diciembre de aquel año, llegó el Real Decreto-Ley 16/2012. Con él se modificó el sistema de copago que llevaba vigente desde los años 80. Una reforma que libró de aportaciones a parados de larga duración pero que incluyó a los pensionistas —hasta entonces exentos— con un tope mensual.

**KEY WORDS:** copago, gasto farmacéutico, reforma, pensionistas, recetas, ministerio de sanidad.



La reforma del copago ha sido tan criticada desde los partidos políticos situados a la izquierda del tablero como defendida por sus promotores. “Un copago más justo, por renta”, han repetido en más de una ocasión los tres responsables que han pasado por el Ministerio de Sanidad desde que el Partido Popular consiguió la victoria en 2011. Pero tras cuatro años en los que es posible comparar datos, ¿qué hay de cierto? Las premisas para defender el copago eran el elemento disuasorio para reducir el consumo de medicamentos como el hacer contribuir más al que más tiene. En contra, se han enarbolado las banderas que

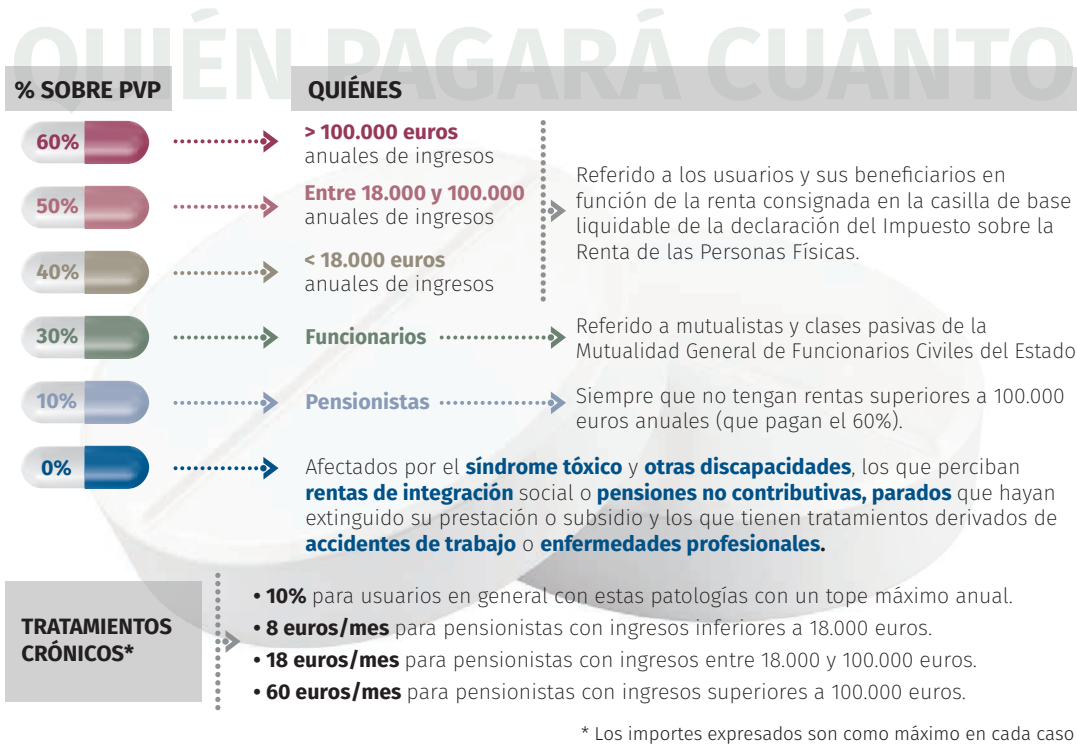
claman contra las barreras de acceso que produce a los más castigados económicamente y su repercusión sanitaria.

Este reportaje tiene por misión comparar los datos del gasto farmacéutico y número de recetas entre los meses de diciembre de 2011 y 2016 y la valoración que de ello hacen los economistas de la salud. Seguidamente, y en pleno debate de una nueva reforma del copago, comparar las distintas propuestas en firme de los partidos políticos alejadas de los eslóganes. Por último, situar a España dentro del contexto internacional. ¿Qué tipo de aportaciones y de cuánto valor realizan los países del entorno europeo?



FIGURA 1

EL COPAGO HOY EN DÍA



Fuente: Ministerio de Sanidad.

### EL SISTEMA ACTUAL Y LAS PROPUESTAS POLÍTICAS

Desde el año 2012 los españoles tienen un sistema de copago distinto al que ha estado vigente en décadas anteriores. El sistema actual tiene un carácter dual. Por un lado afecta a la renta percibida pero también afecta a las circunstancias vitales—activos o pasivos—. Cualquier pensionista que cobre menos de 100.000 euros anuales, hoy por hoy, paga un 10 por ciento del valor del medicamento (con un tope mensual) mientras que cualquier ciudadano activo paga el 50 por ciento del fármaco bien cobre 18.001 euros o 99.999.

Las palabras de la ministra Dolors Montserrat que desataron el huracán mediático y político que se vive hoy se referían a la posible instauración de nuevas horquillas en el tramo

que comprende desde los 18.001 hasta los 99.999 euros. No queda claro, por las propias palabras de la ministra, si ese estudio que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad se refiere sólo a los pensionistas inscritos en ese tramo o a cualquier ciudadano. En cualquier caso, y gracias al citado carácter dual, existe margen de reforma a los pensionistas de forma exclusiva. Todos aquellos situados entre la horquilla anterior tienen un tope máximo mensual de 18 euros y ahí sí podría existir variabilidad. Hablar de una subida o bajada del copago (o incluso quedarse igual en términos absolutos de recaudación) dependerá de qué topes pudiera establecer Sanidad si el estudio encargado tanto a los técnicos del Ministerio como a externos llega a buen puerto. También la reforma de los tramos podría abarcar a cual-



El copago que trajo el Real Decreto-ley 16/2012 tiene un carácter dual. Por un lado se focaliza en una aportación del usuario según su renta pero sigue manteniendo la distinción entre ciudadanos en activo y pensionistas



La propuesta alternativa del PSOE es volver a la situación anterior al Real Decreto-ley 16/2012. “Ese es nuestro escenario, con independencia de que se puedan evaluar casos de personas o colectivos de menor renta, como los parados de larga duración o personas en riesgo de exclusión”, explica Fernández. De las palabras del socialista se puede desprender que su apuesta es por un sistema como el dotado por el Real Decreto-ley 9/2011 en el que además de estar excluidos los pensionistas lo estarían los parados de larga duración o con riesgo de exclusión.

Por su parte, Sibina recalca que a la progresividad fiscal se llega “a través de una reforma fiscal que haga que paguen más impuestos quienes más tienen y no mediante la utilización de la enfermedad y el consumo de medicamentos como formas de redistribuir las rentas”. Poniendo datos a las palabras habría que remontarse a abril de 2016, cuando la portavoz de Podemos registró en el Congreso de los Diputados una propuesta en firme sobre el copago. En ella se refería, exclusivamente, a los ciudadanos en activo, por lo que cabe imaginar que se respetarían las reglas actuales para pensionistas. Las reglas para activos de Podemos serían límites trimestrales según renta junto a un listado de medicamentos que estarían excluidos del sistema de copago.

Desde Ciudadanos se tomaron las palabras de la ministra como un “error de explicación” más que como una intención de incrementar el copago. El portavoz de la Comisión de Sanidad de la formación naranja, Francisco Igea, señala que el acuerdo con el Partido Popular pasa por que el copago no suponga barreras a población en dificultades. “Nosotros queremos bajarlo en familias en situación de dependencia y monoparentales”, explica. Preguntado por el caso concreto de los pensionistas, Igea explica que a Ciudadanos le parece más justo que el copago “se establezca por renta” pero asegura que la horquilla que comprende a los pensionistas entre los 18.000 euros y los 100.000 admite una reforma a la baja. “Se puede mantener el tope de los 18 euros para

los que se sitúen en la parte alta de ese rango y disminuirlo para aquellos que se sitúen más cerca del extremo inferior”, resume. Además, Igea se encargó de recordar a la ministra que no reformar el copago según estas tesis sería desobedecer el pacto de investidura firmado entre ambos partidos en agosto de 2016.

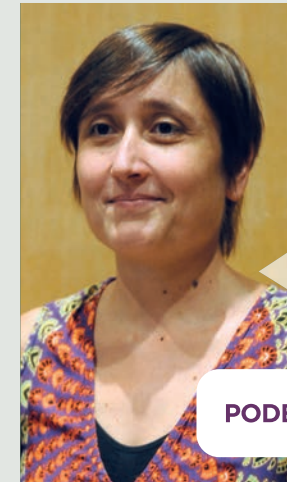
Una reforma del copago requiere el aval del Congreso de los Diputados. Para ello, se debe superar la batalla de posiciones políticas que reina en el Hemiciclo

## LAS PROPUESTAS POLÍTICAS DE LA OPOSICIÓN PARA EL COPAGO

- Revertir la situación a la que proporcionaba el Real Decreto-ley 9/2011.
- Exclusión del copago a los pensionistas.
- Mantener la exención para parados de larga duración.
- Incluir en la exención al copago a aquellas familias en riesgo económico de exclusión social.



 **PSOE**



**PODEMOS.**

- Medicamentos esenciales para patologías crónicas estarán exentos de copago.
- Personas con renta inferior a 12.450 euros estarán exentos.
- Establecimientos de límites trimestrales: 24,69 euros para rentas entre 12.450 y 20.200; 55,56 euros para rentas entre 20.200 y 35.200 y de 185,25 euros para rentas de entre 35.200 y 60.000 euros.
- Las rentas superiores a 60.000 euros no tendrán límite trimestral.

- El copago no puede ejercer de barrera para el acceso ni para corregir los déficits del Ministerio de Hacienda.
- Revisión de la aportación de familias monoparentales.
- Revisión de la aportación de familias con miembros en situación de dependencia.
- Mantener el copago a pensionistas revisando la horquilla actual que comprende desde los 18.000 euros a los 100.000.



 **Ciudadanos**

**TABLA 1**

COMPARATIVA DEL GASTO FARMACÉUTICO ENTRE 2011 Y 2016

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO DE RECETAS FACTURADAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD					
	ACUMULADO ENERO - DICIEMBRE			ACUMULADO ENERO - DICIEMBRE		
	2016	2015	%16/15	2011	2010	%11/10
Andalucía	169.134.776	166.561.292	1,55	178.913.616	176.739.209	1,23
Aragón	27.841.532	27.073.254	2,84	29.413.976	28.940.147	1,64
Asturias	21.717.376	21.512.658	0,95	25.305.044	24.835.373	1,89
Baleares	17.201.680	16.942.063	1,53	18.112.842	16.729.643	8,27
Cantabria	11.017.307	10.847.464	1,57	11.644.823	11.870.895	-1,9
Castilla La Mancha	43.327.309	42.353.576	2,3	46.047.461	45.941.215	0,23
Castilla León	50.753.015	49.516.942	2,5	53.810.280	52.744.305	2,02
Cataluña	135.896.071	135.270.401	0,46	154.434.341	151.486.758	1,95
Canarias	42.092.576	40.845.186	3,05	41.705.661	41.311.624	0,95
Extremadura	26.413.356	26.148.291	1,01	27.076.118	26.477.061	2,26
Galicia	61.797.448	60.855.163	1,55	66.677.377	65.572.028	1,69
Madrid	103.773.310	100.918.492	2,83	110.012.143	106.826.195	2,98
Murcia	29.676.627	28.752.647	3,21	31.426.208	30.866.297	1,81
Navarra	11.867.769	11.532.655	2,91	12.297.949	12.042.936	2,12
C. Valenciana	103.825.006	98.595.128	5,3	114.140.645	114.020.266	0,11
País Vasco	36.945.089	36.278.842	1,84	43.551.367	42.872.249	1,58
La Rioja	6.126.943	6.027.301	1,65	6.365.271	6.212.762	2,45
Ceuta	1.182.297	1.119.758	5,59	1.227.124	1.183.346	3,7
Melilla	986.702	946.998	4,19	1.049.665	1.022.319	2,67
<b>Nacional</b>	<b>901.576.189</b>	<b>882.098.111</b>	<b>2,21</b>	<b>973.211.911</b>	<b>957.694.628</b>	<b>1,62</b>
COMUNIDAD AUTÓNOMA	GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (en €)					
	ACUMULADO ENERO - DICIEMBRE			ACUMULADO ENERO - DICIEMBRE		
	2016	2015	%16/15	2011	2010	%11/10
Andalucía	1.707.714.195	1.652.442.779	3,34	1.823.579.328	2.004.670.059	-9,03
Aragón	316.437.096	297.120.716	6,5	350.535.724	391.534.064	-10,47
Asturias	267.171.334	257.505.642	3,75	317.137.548	343.741.776	-7,74
Baleares	189.776.044	182.650.733	3,9	204.456.285	219.697.060	-6,94
Cantabria	137.060.512	131.050.829	4,59	141.379.553	152.456.479	-7,27
Castilla La Mancha	480.728.164	455.169.232	5,62	539.074.954	596.484.069	-9,62
Castilla León	572.634.573	552.489.216	3,65	664.273.905	725.240.336	-8,41
Cataluña	1.385.787.895	1.357.057.992	2,12	1.682.548.317	1.842.480.622	-8,68
Canarias	453.681.591	433.483.325	4,66	487.444.274	536.311.937	-9,11
Extremadura	311.570.948	301.754.248	3,25	329.405.896	356.924.545	-7,71
Galicia	685.091.606	674.417.452	1,58	829.194.308	931.283.873	-10,96
Madrid	1.151.921.594	1.099.063.720	4,81	1.185.733.780	1.288.457.667	-7,97
Murcia	336.127.411	321.506.851	4,55	385.709.194	420.249.109	-8,22
Navarra	134.065.198	129.195.798	3,77	148.267.156	161.140.260	-7,99
C. Valenciana	1.208.817.300	1.132.988.098	6,69	1.406.683.620	1.543.952.639	-8,89
País Vasco	475.311.128	462.515.288	2,77	534.209.181	578.019.562	-7,58
La Rioja	70.589.563	68.516.186	3,03	79.272.421	87.753.275	-9,66
Ceuta	14.970.824	13.693.540	9,33	14.399.972	14.948.650	-3,67
Melilla	13.327.753	12.509.457	6,54	12.096.560	12.337.165	-1,95
<b>Nacional</b>	<b>9.912.784.730</b>	<b>9.535.131.102</b>	<b>3,96</b>	<b>11.135.401.976</b>	<b>12.207.683.146</b>	<b>-8,78</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad.

**ESTOS SON LOS DATOS, SUYAS LAS CONCLUSIONES**

Cuando se habla del copago introducido por el Real Decreto-ley 16/2012 algunos economistas como Jaume Puig Junoy hablan de dos medidas: la modificación de las aportaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Salud y la desfinanciación que se produjo en agosto de 2012. Ambas tenían —y tienen— la función de adelgazar el gasto registrado en diciembre de 2011 (11.135 millones de euros y algo más de 973 millones de recetas facturadas).

Con los datos en la mano, la reducción conseguida con fecha de diciembre de 2016 es de 71,64 millones en el número de recetas (un 7,36 por ciento menos) y de 2.122,7 millones de euros (un 19,06 por ciento). Para contextualizar estos datos, el economista Fernando Lamata explica que hay que observar el gasto privado en productos farmacéuticos. “En 2011 se gastaron 5.007 millones de euros y en 2014 —último dato disponible— 6.547. Es decir, un aumento de 1.540 millones, un 30,75 por ciento más”, asegura. Lamata argumenta que parte de este aumento del gasto privado se debe “a la desfinanciación de medicamentos y al aumento de copagos, que se ha sufragado con el pago de los pacientes desde su propio bolsillo”.

Pero, ¿cuál era la situación antes del famoso Real Decreto-ley? Puig Junoy lo explica dirigiendo la mirada hacia la demanda. “El gasto en medicamentos estaba marcado por una inflación de recetas más que de precios, en una regulación considerablemente obsoleta que cuestionaba precios pero dejaba abierta la espita de ‘cantidades’. Hasta 2010 el gasto evolucionaba al ritmo de los cambios en las cantidades (recetas) mientras que a partir de 2010 se imponen rebajas de precios, y desde mediados de 2012 se incrementan los copagos, moderando, al menos a corto plazo, las cantidades de medicamentos dispensados con cargo a la seguridad social pero manteniendo precios medios”, explica. Sin embargo la tendencia cambió el año pasado. En 2016 el gasto creció en un 3,96 por ciento y, ahora, cabe

repensar si el modelo de copago actual sirve para corregir la demanda, pues también se incrementó el número de recetas.

Ahora, en pleno debate político, cabe esperar un análisis sosegado de los economistas de la salud sobre en qué puede derivar el copago. Por un lado se encuentran quienes, como Fernando Lamata, no consideran el copago como una solución al problema mayor: la financiación adecuada de la sanidad. “El porcentaje de ingresos públicos sobre PIB en España es siete puntos menos que en la eurozona, supone 70.000 millones de euros menos de recaudación. Ahí está el problema de la financiación y no en el gasto sanitario que es escaso. Se debe aumentar la eficiencia en el uso de los recursos en todos y cada uno de los centros sanitarios, en cada nivel del sistema. Pero no a costa de desvirtuar la sanidad pública haciendo que el paciente pague dos veces. Eso es, literalmente, privatizar (parcialmente) la sanidad”, afirma.

Este problema de infrafinanciación también lo observa el economista Jaime Espín. El experto llama a un debate fundamentado técnicamente sobre el modelo de copago necesario para España, pero recuerda que no debe perderse de vista lo fundamental. “Quizás ahora más que nunca es la hora de un debate serio y técnicamente fundamentado sobre el modelo de copago farmacéutico más adecuado para España, sin olvidar el principio de igualdad de acceso, uno de los pilares de nuestro sistema sanitario público. Pero, sobre todo, también es hora de debatir sobre si nuestro sistema sanitario público, posiblemente uno de los mejores del mundo, está suficientemente financiado o no”, dice.

Puig Junoy, a través de un estudio realizado para Fedea, da varias consignas claras de cómo debe evolucionar el copago para ser eficiente para con su objetivo. El economista hace una distinción entre propuestas ajenas al actual copago pero que persigue el mismo fin, como el copago evitable, y una serie de mejoras al actual sistema. “Suprimir la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en princi-



pio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta y establecer límites máximos anuales (no mensuales) del copago, en euros, en función de la renta, con más tramos que los tres actuales para diferenciar mejor los tramos entre 18.000 y 100.000 euros anuales de renta familiar”, asevera. Esta última, a tenor de lo que se vive en el Congreso de los Diputados, puede llegar a buen puerto.

Similar conclusión es la que presenta Espín. Parece existir un consenso en el que diferenciar entre activos y pensionistas no es una solución adecuada. “Se trabaja mucho con el apriorismo de que los jubilados tienen unas rentas bajas y los activos una rentas altas; sin embargo, si decide vincular el pago al nivel renta, se debe trabajar con el nivel de renta con independencia de la situación laboral de cada persona; es más, si se quieren fijar topes al copago, será más adecuado hacerlo según el consumo previo de medicamentos, como en Suecia”, explica. Además, Espín propone que si se quiere avanzar en el modelo de copago habría que dirigir la mirada también hacia Francia. “Podemos trabajar utilizando como referencia el modelo galo, donde el nivel de copago del paciente viene condicionado por el valor terapéutico del medicamento, datos que podemos sacar de las evaluaciones realizadas por el comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos”, asegura.

## UNA MIRADA AL ENTORNO EUROPEO

Que España pertenezca a la Unión Europea hace inevitable comparar la situación del país con la que se vive en estados vecinos. Según Eurostat (con los últimos datos disponibles con fecha de 2014) España se encuentra en el ratio más bajo en gasto sanitario por habitante y en la relación de este indicador con el Producto Interior Bruto. También se observa que España es el país donde el gasto sanitario privado conserva un porcentaje mayor sobre el total.

TABLA 2

### COMPARACIÓN GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO PAÍSES SELECCIONADOS UE

	GSP/h	%GSP/PIB	%GSP/T	%GSPriv/T
Alemania	3.362	9,3	84,63	15,37
Austria	3.002	7,79	75,88	24,12
Bélgica	2.887	8	77,58	22,42
España	<b>1.419</b>	<b>6,3</b>	<b>69,79</b>	<b>30,21</b>
Francia	2.817	8,7	78,65	21,35
Holanda	3.002	9,62	87,6	12,4
Reino Unido	2.744	7,84	79,58	20,42
Suecia	4.140	9,32	83,37	16,63

Fuente: Eurostat.

Al focalizar sobre los diferentes copago que tienen los países vecinos a España se observan bastantes diferencias con el sistema que implantó el Real Decreto 16/2012. Desde el Reino Unido, donde el copago es de 10 euros por receta sin tope o techo de gasto hasta la situación de Portugal o Italia, donde tienen reconocidos una serie de medicamentos, llamados esenciales, libres de cualquier aportación individual.

A pesar de la situación económica que ha atravesado y atraviesa España, el modelo sanitario conserva buena parte de sus bondades, sobre todo si se compara con los principales países de la Unión Europea (EU-15). En todos

TABLA 3

### SITUACIÓN DE COPAGO SANITARIO EN SEIS PAÍSES DE LA UE

País	Visitas al médico de Atención Primaria	Visitas al especialista	Hospitalización	Medicamentos	Techos al copago	Exenciones
Alemania	NO	NO	Copago de 10€ por día, limitado a los primeros 28 días por año.	5 a 10€ por prescripción ambulatoria, salvo que el precio sea un 30% o menor del precio de referencia.	2% de la renta familiar (1% para los pacientes crónicos).	Niños y adolescentes hasta 18 años exentos.
Bélgica	Copago de 6,5€ o 4€ por visita.	Copago entre 2,50€ y 24,25€.	Tasa de admisión de 42,58€, más 15,31€ por día de estancia.	El copago varía según la categoría del medicamento. No hay techo de gasto.	El copago varía según la renta.	Diversos beneficiarios según su grado de vulnerabilidad.
Francia	Copago de 1€ por consulta y el 30% del precio para los pacientes registrados con un médico, 70% en otros casos.	Copago de 1€ por consulta más el 30% del precio para consultas prescritas por el médico general, 70% para las demás consultas.	Pago por día del máximo entre el 20% del coste o 18€. Copago de 1€ por procedimientos e intervenciones médicas.	Copago entre el 0% y el 85% según clasificación del medicamento (valor terapéutico) más 0,5€ por envase.	Límite de pago de 50€ por persona y año en intervenciones médicas y copago de medicamentos.	Pensiones de invalidez y accidentes de trabajo, enfermos.
Reino Unido	NO	NO	NO	Copago general de 10€ por receta.	NO	Diversos beneficiarios según grado de vulnerabilidad.
Italia	NO	Los servicios tienen un copago de hasta 36€ + 10€ de coste fijo.	NO	Medicamentos esenciales gratis y el resto un copago del 100%.	NO	Exenciones al pago de servicios basadas en edad, renta y nivel de salud.
Portugal	Copago general de 5€ por visita. Varía según tipo de visita.	Copago general de 7,5€ por visita. Varía según tipo de visita.	NO	Tasa general de copago entre el 10% y el 85% según tipo de medicamento, salvo los medicamentos esenciales.	NO	Más del 60% de la población está exenta de copagos de visitas médicas.

Fuente: Para Alemania, Francia, Italia y Reino Unido, Mossialos 2015. Para Bélgica y Portugal, OECD Health system characteristics Survey 2012.

estos estados miembro el copago para medicamentos es una norma pero no se puede decir lo mismo de los techos de gasto a estas aportaciones extras. Curiosamente, de los países situados al sur de Europa (Portugal, España, Italia y Grecia), nuestro país es el único que dispone de un techo de gasto máximo para los copagos de medicamentos. Bien es cierto que la mayor parte de países (10 de 15) tienen algún tipo de límite máximo a los copagos y todos salvo Luxemburgo hacen excepciones para los pacientes más vulnerables según criterios personales de edad, renta o salud.

Más allá del copago por medicamentos, las bondades del sistema español se agrandan en comparación con las de los países vecinos. Ocho de los quince países analizados tienen una aportación extra para las visitas al médico de atención primaria, cifra que aumenta en uno (Italia) cuando se observan los copagos por visitas al médico especialista. En Bélgica se paga entre 1 y 6,5 euros por visita al médico general, dependiendo de las circunstancias personales, y en Portugal 5 euros. También son nueve los países que cobran por hospitalización, otro de los baremos donde el sistema español sale beneficiado.