



**Universitat de les  
Illes Balears**

# **Títol: ¿ Cómo Afecta el Copago de Medicamentos en la Adherencia Terapéutica en el Anciano en España?**

**NOM AUTOR: Maria del Carmen Aguilera Espinar**

**DNI AUTOR: 43188590H**

**NOM TUTOR: DR. Andreu Bover Bover\_**

**Memòria del Treball de Final de Grau**

Estudis de Grau d' infermeria

Paraules clau: Anciano, acceso, adherencia al tratamiento, copago de medicamentos, Cumplimiento, ley

de la  
**UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS**

Curs Acadèmic 2013 -2014

*Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:*

## **RESUMEN**

La situación en España pasa por un proceso de envejecimiento demográfico mucho más rápido que el resto de comunidades Europeas que ha ocasionado un continuo crecimiento del gasto farmacéutico, preocupación constante de las autoridades sanitarias de los países desarrollados. En España para poder reducir este gasto se han adoptado medidas, por medio del Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones. Por el cual cada usuario deberá aportar una compensación económica según su nivel de renta. El copago representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios, en especial para los grupos socioeconómicos con menos recursos.

Realicé una búsqueda bibliográfica en bases de datos sobre ciencias de la salud: (CINAHL, IBECs.) Complemente los resultados obtenidos con información extraída de revistas especializadas, Boletín Oficial del Estado. (BOE) y el contacto con expertos que me han recomendado bibliografía específica. Encontré 23 artículos de los cuales de los cuales solo 5 realizaron una revisión que incluyen una relación entre la falta de adherencia al tratamiento y el copago de medicamentos.

Mi búsqueda bibliográfica concluyo que el copago de medicamentos influye en la adherencia del tratamiento en los grupos vulnerables, en especial en los ancianos dependientes.

**Palabras clave:** Anciano, acceso, adherencia al tratamiento, copago, medicamentos, nivel renta, Cumplimiento, ley.

## **INTRODUCCION**

La crisis económica que estamos viviendo actualmente nos afecta a todos los aspectos, y en lo que mi tema concierne en la salud de nuestros mayores. He elegido este tema para expresar mi más profunda disconformidad con el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, por el cual los pensionistas pasaran a pagar parte de los medicamentos que consumen, este colectivo son los que más medicamentos consumen y que la mayoría tiene menos recursos para poder pagarlos. Esta problemática se puede observar en nuestro entorno en nuestras familias, amigos, vecinos, donde los pensionistas no tienen dinero para pagar los medicamentos. Ancianos que están cuatro días sin tomar los fármacos que les han recetado porque no han cobrado la pensión y no tienen forma para comprarlos, o que se toman un día sí y otro día no, para que les duren más tiempo. Desde mi experiencia en las prácticas clínicas he podido observar como los ancianos dicen no me recetes este apósito porque no me lo voy a poder pagar. Hay familias que subsisten de las pagas de los abuelos, que estos prefieren que sus hijos y nietos coman, antes de tener dinero para su medicación o incluso abandonan las residencias para destinar su pensión para el cuidado de sus familias al ser la única aportación económica que entra en el hogar.

La vejez representa el ciclo final del proceso de envejecimiento. Los ancianos constituyen uno de los grupos poblacionales con un mayor grado de vulnerabilidad, tanto fisiológica como socioeconómica presentando 2 características muy importantes que son la pluripatología, entendiendo como tal la presencia de 2 o más enfermedades crónicas, y la polimedicación. Los ancianos representan el 6.4% de la población mundial y su número crece a razón de 800.000 individuos todos los meses<sup>1</sup>. Según el documento realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Nos muestra que esta transición demográfica ha conducido a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que son particularmente comunes en los ancianos. Estas son: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la depresión, la diabetes, la insuficiencia cardíaca congestiva, la coronariopatía, el glaucoma, la artrosis, la osteoporosis y otro<sup>2</sup>. Una mala adherencia al tratamiento está relacionada con el empeoramiento de la enfermedad, el aumento de la mortalidad y el incremento de los costes sanitarios. La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Según las patologías la variabilidad de los

datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en patología aguda<sup>3</sup>.

En el último tercio del siglo XX, la situación en España pasa por un proceso de envejecimiento demográfico mucho más rápido que el resto de comunidades Europeas que ha ocasionado un aumento del consumo de recursos sanitarios<sup>2</sup>. La población mayor de 65 años supera el 17% de 42.7 millones de personas y consume más del 30% de los medicamentos, que oscila entre dos y tres medicamentos, y más del 75% los consume de forma crónica, si se tiene en cuenta la automedicación, éste asciende a más de 5 medicamentos. Distintos estudios indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico<sup>4</sup>.

En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura<sup>6</sup>. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública. Haynes<sup>6</sup> define el incumplimiento como "el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias". Roel H. Bakker<sup>6</sup> prefiere utilizar el término de "adherencia terapéutica", que implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente. La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente del profesional, respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc. Por tanto, podemos considerar el término adherencia como un constructo más amplio que el simple "cumplimiento terapéutico".

Entre las diferentes causas de la falta de adherencia y la situación de crisis que estamos viviendo la implantación del copago, una compensación económica por el uso de una prestación sanitaria supone gravar a la persona precisamente en el momento de máxima vulnerabilidad –cuando está enfermo- y cuando además aumentan los gastos de todo tipo y disminuyen los recursos<sup>7</sup>.

Por ello el copago representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios, en especial para los grupos socioeconómicos con menos recursos, entre quienes inmigrantes, población infantil, personas de edad avanzada y con discapacidad, padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud <sup>3</sup>. Toda esta situación afecta de manera especial a los grupos vulnerables y en especial a los ancianos dependientes debido a sus características y problemática que se ve incrementada por la falta de adherencia tan prevalente en este grupo poblacional. La falta de atención adecuada para los procesos crónicos obliga a las familias con menos recursos a sobrellevar una carga particularmente gravosa de cuidar a sus seres queridos, lo que mina el desarrollo de sus funciones más básicas. Al igual que un gran porcentaje de Ancianos que destinan sus reducidas pensiones priorizando el sustento en el núcleo familiar, dejando de lado el alto coste de los medicamentos. En muchos casos este colectivo no aprecian la alta necesidad de tratamiento <sup>8</sup>. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos, en el anciano si lo son. Los datos sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de posología, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano <sup>2</sup>.

En España y ante la crisis económica ha hecho que se deban aplicar unas políticas de reformas y en especial reformas sanitarias que han cambiado de manera radical los valores y por lo tanto el tipo de atención al que tienen derecho las y los ciudadanos españoles, sin influir de forma decisiva la corrección de las ineficiencias que afectan al sistema sanitario. Desde Julio del 2012, se aplica el Real Decreto – Ley 16/2012. de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones. La prestación farmacéutica ambulatoria está sujeta a aportación del usuario y se efectúa en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario que es proporcional al nivel de renta del individuo <sup>3</sup>.

Por todo ello me interesa este tema, como futura profesional sanitaria, esta problemática entorpece la continuidad de los cuidados y la prevención de enfermedades que por el alto coste que supone el tratamiento no cumplen con el tratamiento prescrito. Teniendo en cuenta la problemática entre copago de medicamento y la adherencia terapéutica en los ancianos. El objetivo general de este trabajo es, a través de una búsqueda bibliográfica, analizar cómo afecta el copago de medicamentos en la adherencia terapéutica en los ancianos en España.

### **Objetivos específicos:**

- Describir que es el copago a nivel internacional y en España.
- Evaluar el impacto del copago de los medicamentos en los grupos vulnerables.
- Analizar si existe relación entre abandono del tratamiento y coste económico del tratamiento.

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica**

La búsqueda bibliográfica la he realizado en los buscadores relacionados con las ciencias de la salud y especialmente en aquellos que me podían dar luz sobre el tema a estudiar. Los buscadores que he seleccionado son Scielo, Cinahl, y diferentes revistas de la salud pública. También he revisado en el Boletín Oficial del Estado. (BOE) y el contacto con expertos que me han recomendado bibliografía específica.

### **Descriptorios primarios:**

Anciano: Aged

Adherencia: Adherence

Copago; copay

### **Descriptorios secundarios**

Cumplimiento: fulfillment

Pension: Pension

Acceso: Access

Los criterios de inclusión que utilice fueron: idioma inglés o español, Texto completo disponible. Una vez combine mis descriptorios para realizar la búsqueda, los resultados obtenidos fueron:

## **Resultados**

### SCIELO

Anciano or adherence to treatment con un resultado inicial de 61 artículos de los cuales seleccione 2.

Ley or copago con un resultado inicial de 18 artículos de los cuales seleccione 1.

Copago or pensionista con un resultado inicial de 4 artículos de los cuales seleccione 3.

### ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Copago or adherence con un resultado inicial de 182 artículos de los cuales seleccione 3

### IBECS

Anciano or adherence and drugs con un resultado inicial de 26 artículos de los cuales seleccione 1.

Pensionista or copago con un resultado inicial de 39 artículos de los cuales seleccione 7.

Nombre	Bases de datos	Resumen	Resultados
Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del servicio Nacional de Salud.	Dialnet	Este artículo describe los cambios ocurridos en el sistema nacional de salud y las consecuencias en el trabajo enfermero. Respondiendo por una parte a la pregunta ¿que constituye la crisis? y las medidas contenidas en el Real Decreto Ley 16/2012.	Como conclusión remarca la importancia y la responsabilidad que tienen las enfermeras frente la defensa del derecho de la salud, proponiendo propuestas de mejorar para el trabajo enfermero.
El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política.	IBECS	Es una revisión bibliográfica en el que definen el término copago y como se ha ido introduciendo de grado y de manera diferente en muchos de los países europeos, aumentando así el debate social. En este artículo se revisan algunas de sus ventajas y problemas, con un énfasis especial en la equidad.	Como conclusión que la atención sanitaria no debe ser un proceso comercial, si no que debe ser un derecho del ciudadano.
El copago es inequitativo, injusto y evitable.	Scielo	En este artículo afirma que la universalidad de la atención sanitaria, su gratuidad y la conciencia de derechos conllevan un mal uso y/o abuso de los recursos sanitarios. El autor reconoce que el copago reduce el uso de servicios sanitarios, pero señala que eso sólo ocurre en problemas leves y	Con ello, concluye que es discutible la afirmación de que los más enfermos o los más graves puedan salir perjudicados, y recomienda que con equidad y justicia según la renta y el motivo de visita al servicio de urgencias hospitalario, se



		no en los que sí tienen una justificación de acudir a urgencias.	instaure un copago moderador.
El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias.	Scielo	En este artículo refiere que el copago reduce el uso de servicios sanitarios. Efectivamente así ocurre y de manera muy significativa (15% de las visitas) y curiosamente las que han sido calificadas como leves o no susceptibles. Así, es discutible la afirmación de que las personas más enfermas o las más graves puedan salir perjudicada.	Llega a la conclusión que se instaure un copago moderador que serviría para adecuar las visitas no justificadas. Esto no significa que se culpabilice a la mayoría de los pacientes ni que no se deba defender la sanidad pública.
Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto Farmacéutico	Scielo	Este artículo tiene como objetivo conocer si el impacto del Real Decreto -Ley 16/2012 en el número de recetas y el gasto farmacéutico.	Llegando a la conclusión que hay un descenso en el número de recetas y en el gasto sanitario desde que se impuso el RDL.
COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica.	Scielo	En este documento evalúan la elaboración de un documento sobre los copagos en la atención primaria	Este Documento la semFYC está en desacuerdo con la aplicación de copagos en los servicios sanitarios, dado que no existen pruebas concluyentes de sus beneficios, pero en cambio sí existen

			evidencias, aunque sean débiles, y derivadas de múltiples estudios, sobre sus posibles efectos perjudiciales en la equidad y la salud de la población, especialmente la más desfavorecida socioculturalmente.
Variables explicativas del gasto evitable generado por la no prescripción de la especialidad equivalente de menor precio	Dialnet	En este artículo pretende identificar las variables explicativas del gasto evitable por la no prescripción de la especialidad de menor precio.	Los resultados del estudio sugieren la escasísima importancia que los médicos conceden a la eficiencia en la prescripción. Así, con el fin de disminuir el gasto evitable por la no prescripción de la especialidad esencialmente similar de menor precio se debería reorientar los planes de estudios en la línea de asegurar que sus contenidos reflejen las prioridades sanitarias nacionales y los recursos existentes.
Costes económicos asociados a la diabetes tipo 1 / Economic costs associated to type 1	IBECS	En este artículo Determinar el consumo de recursos sanitarios y los costes económicos asociados a la diabetes en un grupo de pacientes	El coste económico asociado a la diabetes tipo 1 es importante, incrementándose notablemente y de manera independiente

diabetes.		con diabetes tipo 1.	con cada hospitalización relacionada con la diabetes, la situación laboral pensionista y la presencia de complicaciones micro y macrovasculares.
Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios.	IBECS	En este artículo aborda brevemente los principales conceptos sobre el copago, su finalidad y los efectos que pueden producir sobre la población que reciben asistencia. Mediante una revisión bibliográfica valoran los efectos que la introducción de medidas de copago podrían producir en el acceso y uso de los servicios de salud, así como su eficiencia.	En este artículo abordan las medidas alternativas al copago, que también podrían contribuir a mantener o incrementar la eficiencia del SNS.
Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios.	IBECS	En este artículo nos muestra los cambios que se están produciendo en España a consecuencia de la crisis y las medidas que se han tomado. Se examina el impacto del copago farmacéutico y nos ofrece como resultado una importante reducción en el número de recetas dispensadas en las farmacias.	Su conclusión si bien sus efectos sobre la adherencia al tratamiento o tratamiento incesarios y efectivos aun se desconocen.
Adverse Events Associated with prescription drug cost-sharing among poor and	ANNALS OF INTERNAL MEDICINE	Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de la introducción de una política de copagos farmacéuticos del 25% del precio del	Los resultados muestran que la introducción de copagos farmacéuticos tiene un efecto deseado a la hora de

elderly persons		producto, cuando se aplica a paciente pobre y ancianos en Canadá.	reducir el consumo pero también que ocasiona importantes efectos adversos asociados a la reducción del consumo de medicamentos esenciales y el aumento de recursos a los servicios de urgencias.
Real Decreto – Ley 16/2012	BOE	Ley 16/2012, de 27 de diciembre, por la que se adoptan diversas medidas tributarias dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y al impulso la actividad económica.	

## **DISCUSION**

El copago puede definirse como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. Se plantea como una alternativa de financiación y de racionalización de los gastos sanitarios relativos a la corresponsabilidad financiera del usuario en los servicios sanitarios. Supone compartir los costes del servicio entre dos partes: el usuario y el Estado. Los copagos por atención médica existen en numerosos países europeos, sobre todo en aquellos con sistemas sanitarios tipo Bismark (basados en las contribuciones a la Seguridad Social) más que en los de tipo Beveridge o sistemas nacionales de salud (financiados mediante impuestos). Y son todavía más habituales en los sistemas basados en los seguros privados, como el de Estados Unidos <sup>23</sup>.

Según el documento el copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes, en Europa se han aplicado diversas reformas para incrementar la participación privada en la financiación del gasto farmacéutico, en función de las características propias de cada modelo de sociedad.

Francia. Un 15% de la población afirmaba haber evitado el uso de la atención sanitaria a causa del copago. Los pacientes abandonan directamente la atención primaria y los medicamentos, que son reembolsados posteriormente por la sanidad pública. Este modelo pretende evitar consumos superfluos o demandas injustificadas de asistencia.

Está generalizada la contratación probada de un seguro complementario que paga las medicinas o gastos hospitalarios no cubiertos por la seguridad social. Los asegurados tienen dos alternativas: pagar de su bolsillo o tener contratadas las prestaciones de una mutua o seguro complementario.

Bélgica. Un 19% de los que se consideran a sí mismos pobres dejaron de consumir algún servicio a causa del copago, y sólo afectó al

3% de los que no se consideraban pobres. Los ciudadanos tienen libertad para elegir médico y están obligados a pagar la consulta en función de unas tarifas libres que se fijan los facultativos. Posteriormente el sistema de seguridad social, reembolsa a los ciudadanos un porcentaje de la factura, que suele rondar el 80%. En el caso de los niños el reembolso es del 100%. La atención en urgencias está cubierta y no hay que adelantar dinero. los medicamentos corren a cuenta del enfermo, menos los antibióticos.

Italia. Las consultas al médico de familia cuestan 10 euros por visita, mientras que las del especialista cuestan entre 15 a 20 euros. Se penaliza el abuso de las urgencias, si el médico considera que le programa no precisa de atención en un servicio de urgencias se cobra 25 euros al usuario. Existe un copago fijo de 3€ por receta. El copago grava las consultas de los especialistas y los análisis clínicos. En algunas regiones hay copagos según los ingresos personales de los pacientes.

Portugal. El copago se denomina tasa moderadora. La consulta básica cuesta 2,20€ ,3 € hospital y 4,50€ hospitales centrales. Por cada día de hospitalización se abonan 5,20€.La visita médica a domicilio cuesta 4,70€ y todas las pruebas que se realizan en los hospitales tienen que ser pagadas por los usuarios. A partir de los 65 años, los pacientes se benefician de una reducción del 50% en las tasas. Existen algunas excepciones como embarazadas, menores de 12 años, desempleados, personas que perciben pensión mínima o enfermos crónicos. Los enfermos de cáncer o diabéticos están exentos de pago.

Alemania. Los copagos son generalizados, incluso para los enfermos crónicos que deben pagar parte de los medicamentos según el tamaño del envase. Se abona una cantidad fija por aquellos medicamentos no incluidos en el sistema de precios de referencia. En el 2011 Alemania suspendió el copago de los pacientes a la sanidad pública, dado que la experiencia ha demostrado que esta medida no supone ningún ahorro real para el sistema sanitario mientras que si incrementa el trabajo y el gasto burocrático para los profesionales y supone importantes molestias para los usuarios y enfermos. Dentro del sistema estatal existen varias formas de copago. La compra de medicamentos un 10% con un mínimo de 5 euros y máximo de 10-Este copago debe ser desembolsado incluido por los pensionistas.

Suecia. Se pagan 15 euros por consulta. El sistema de financiación pública y está muy descentralizado. Los ciudadanos eligen medico o centro sanitario. Cada paciente paga entre 15 y 20 euros por visita al médico. Para limitar los gastos de los pacientes y enfermos crónicos hay una protección contra los costes elevados con un tope de 85 euros. todas las visitas al médico u hospital serán gratuitas. Existe el mismo sistema con un nivel de 180€ para los medicamentos recetados.

Noruega. El sistema es casi idéntico al sueco. con la diferencia que las personas sin recursos y desempleados no pagan, mientras que los jubilados tienen subsidios.

Holanda. Se paga una tasa fija por recetas. Existen tickets anuales por periodos de 4 meses que permiten retirar un número ilimitado de recetas sin coste alguno durante el periodo de validez. Visitas del médico o a urgencias son gratuitas. Los mayores de 60 años gratuitamente y en otras precio compartido. El gobierno aún no ha barajado la posibilidad del copago en sus planes para la reducción del déficit público.

Finlandia. Se abona la totalidad del medicamento en la farmacia, y posteriormente, el sistema de salud le reembolsa la cantidad pagada por el usuario.

Austria. Se pagan 5 euros por receta, aunque cada estado federado tiene un convenio propio con la seguridad social que hace que el coste del pago varíe entre los 8 a los 17 euros diarios.

Dinamarca existen copagos desde 1996.

Grecia. Todos los ciudadanos tienen acceso a una sanidad pública o cajas de pensiones con cobertura sanitaria. Los pacientes solo pagan de su bolsillo determinados servicios.

Canadá: donde implantaron la introducción de tickets moderadores muy bajos (menos de 2 euros) teniendo resultados demoledores: reduciendo drásticamente el uso de los servicios sanitarios o medicamentos.

Existen numerosos estudios, realizados en Estados Unidos, que los copagos han mostrado una disminución de la adherencia a los tratamientos crónicos y, en algunos estudios, un aumento de las hospitalizaciones urgentes y las visitas médicas.<sup>23</sup>

### Copago en España

En Junio del 2012 se produce una reforma sanitaria, por medio del Real Decreto - Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, que tiene como objetivo principal procurar y mejorar la eficiencia, reduciendo la utilización innecesaria desincentivando el

abuso y haciendo que la población tome conciencia de que los servicios sanitarios son costosos aunque sean financiados de forma colectiva, en definitiva, que el uso sea racional.<sup>1</sup>Cambiando así el modelo de atención sanitaria con el que se han conseguido grandes logros en nuestro estado de bienestar, dado a su calidad, su vocación, universalidad, amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, situándolo hasta ahora en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial<sup>3</sup>.

Hasta hace poco los pensionistas no aportaban ningún dinero para pagar el coste de los medicamentos prescritos. El gobierno ha introducido el copago, empezando por el farmacéutico que se aplica en función de criterios de renta, edad y tipos de enfermedad.

Según el artículo 94 del RDL 16/2012.La aportación será con carácter general, el porcentaje seguirá el siguiente esquema:

- No pagaran nada los parados sin prestación " hasta que encuentren trabajo" y aquellas personas con pensiones no contributivas. Los pasivos con menor poder adquisitivo, estarán exentos de las aportaciones.
- 60% del PVP: Para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las personas físicas.
- 50% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- 40% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.
- 10% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el primer apartado.

La oficina de farmacia, en función del código, aplicará al paciente la participación económica que le corresponda y en los casos en que la receta no contenga el código aplicará la aportación del 10% en las recetas de pensionista y del 40% en las recetas de activo. El usuario, después de abonar los medicamentos, recibirá en la farmacia una copia de la receta prescrita por su facultativo junto con una recibo de farmacia en el que se especificará el



código de aportación del paciente y la cantidad pagada. Cada paciente deberá guardar este recibo con la receta, con el fin de que aquellas personas que hayan abonado a lo largo del mes una aportación superior a la que establece el decreto puedan percibir la devolución de esas cantidades<sup>1</sup>.

#### Topes máximos de aportación

- Medicamentos de aportación reducida (Productos cícero o punto negro): 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima expresada en euros.
- Pensionistas (y sus beneficiarios):
- 8 €/mes para los que tengan una renta inferior a 18.000 euros.
- 18 €/mes para los que tengan rentas entre 18.000 y 100.000 euros.
- 60 €/mes para las rentas superiores.

El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30%. Pago de medicamentos. Aportación del usuario (asegurado y beneficiarios) antes del RDL y después del RDL( Tabla 1).

La forma de introducir el copago atenta contra la accesibilidad y la equidad del acceso a los recursos terapéuticos y la eficiencia de la gestión. Según el ministerio de Hacienda (1 de diciembre del 2012) el 8,51% de los pensionistas cobran menos de 300€ mensuales y el 54,02% menos de 650€, existiendo incluso un grupo de 147.402 personas que cobran hasta 130€ al mes, es decir la mayoría de los pensionistas que viven en el umbral de la pobreza. Tienen serios problemas para poder adelantar el 10% de los medicamentos que consumen. Más del 80% de los pensionistas toma medicamentos y un 70% toma tres o más de manera habitual<sup>9</sup>.

Los resultados a nivel internacional y nacional (pese al poco tiempo de su aplicación en España, demuestran que el copago de medicamentos no reduce el gasto farmacéutico (principal justificación del mismo), dificultan el acceso a los mismos a las personas más vulnerables y con menor nivel de renta, y generan conflictos políticos propiciando la rebelión de numerosos ayuntamientos y comunidades autónomas que rechazan aplicarlos por las tensiones sociales y los costes electorales que pueden suponer para quienes los gobiernan<sup>18</sup>.

## Futuro de la Sanidad

El copago puede parecer una solución lógica para reducir las visitas a estos servicios, la evidencia muestra que es una medida injusta que penaliza a las clases trabajadoras, tal como se desarrolla en los estudios de la Rand Corporation.<sup>17</sup> El copago no significa que se culpabilice a la mayoría de los pacientes, apelar a que sean éstos quienes no abusen del sistema sanitario mediante visitas no justificadas apunta a lo contrario, lo cual muestra poca sensibilidad deontológica.<sup>10</sup> Algunas razones concretas de esa falta de adecuación son que la necesidad de introducir un mecanismo evaluador de las rentas de cada persona tiende a incrementar los costes administrativos del proceso, el hecho de que al poner tasas deben fijarse cuotas entre intervalos de renta (lo que suele generar discriminaciones entre personas en situaciones económicas similares), y generar un problema de equidad entre personas con iguales niveles de ingresos, pues quienes declaran todas sus rentas tienen mayores posibilidades de tener que pagar tarifas mayores que los que consiguen sustraerlas, lo cual genera un incentivo al fraude fiscal y el empleo irregular. El copago es inaceptable porque produce desigualdades en salud que son injustas y evitables<sup>6</sup>. La evaluación económica de la falta de adherencia terapéutica requiere identificar los costos y los resultados asociados. Por lógica, la falta de adherencia implica un costo debido a la producción de los efectos no deseados que el régimen recomendado trata de reducir al mínimo. En cuanto a los resultados, la falta de adherencia da lugar a mayor riesgo clínico, y por consiguiente a mayor morbilidad y mortalidad.<sup>15</sup> El futuro que nos diseñan es el de una sanidad tipo beneficencia para la población con menos recursos, como ocurre en EE.UU., y una asistencia sanitaria de calidad para quienes puedan pagarla. La atención sanitaria pública, equitativa, de calidad y con un alto nivel de prestaciones, debe ser un derecho ciudadano y no un privilegio que sólo pueda pagar una parte de la población llamada clientes<sup>14</sup>. El mecanismo del copago implica la introducción del principio del beneficio en la financiación pública “quien paga es quién se beneficia de servicio”, al revés de cuando se pagan impuestos que no todo el que paga, recibe el servicio<sup>9</sup>. Generalmente, cuando se habla de la capacidad económica de los mayores se hace referencia a las pensiones, ya que éstas son la principal fuente de sus ingresos. No obstante, estas no constituyen la única fuente, ni todas las personas perciben una pensión<sup>16</sup>. Una revisión sobre el efecto del «gasto directo de cada hogar» en los mayores de 65 años, según ingresos, educación y sexo, observó que las personas con menos ingresos tienen que gastar una proporción más alta de sus recursos en comparación con quienes tienen

mayores rentas <sup>14</sup> Además, el copago no sólo perjudica a los más pobres, sino que en muchos países genera nuevos pobres: debido al alto coste de los servicios sanitarios.<sup>17</sup>

En España registraba uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo. Como positivo de la reforma es que está teniendo un efecto disuasorio en la utilización sanitaria. Pero por el contrario dificulta el acceso de amplios sectores sociales a la asistencia sanitaria, incrementa las desigualdades sociales ya que se en los últimos años se han eliminado o reducido los impuestos de las clases más favorecidas. Reduce el carácter redistributivo del sistema sanitario y afecta a los programas y actividades de promoción y prevención de salud y de seguimiento de enfermos crónicos aparte de generar tensiones entre sanitarios y usuarios. La crisis económica supone la existencia que un número importante de personas que viven en un nivel de subsistencia no puedan afrontar más gastos en la atención sanitaria. Solución impensable, por medio de copagos que como consecuencia grava la enfermedad.<sup>17</sup> Todos los estudios realizados sobre el copago evidencian un efecto negativo sobre la equidad y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con menos ingresos y enfermedades crónicas. La existencia de estudios que señalan que la contención de la demanda produce efectos indeseados sobre el sistema sanitario ( mas visitas a urgencias, mas hospitalizaciones)<sup>21</sup>.

### La falta de adherencia más el copago

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. La falta de esta al tratamiento o al incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica debido a sus consecuencias negativas (fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumentos de los costes sanitarios, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas se estima cercana al 50%.<sup>16</sup>. Al menos en la mitad de éstos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia que está relacionada con el empeoramiento de la enfermedad, el aumento de la mortalidad y el incremento de los costes sanitarios<sup>18</sup>. Existen pruebas fehacientes de que muchos pacientes con enfermedades crónicas, como asma, hipertensión, diabetes e infección por VIH/ SIDA, tienen dificultad para adherirse a los régimen recomendado<sup>12</sup> Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de

tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos. El coste elevado de los medicamentos y la atención se informa sistemáticamente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Uno de los datos que nos puede aportar información es la conducta de los usuarios que tras la aplicación de la medida, se produjo una importante reducción en el número de recetas dispensadas en las farmacias<sup>2</sup>. En atención primaria se ha estimado que del 6-20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia, hecho que se ha relacionado con el régimen de aportación económica de los medicamentos<sup>20</sup>. Esto da lugar a un tratamiento y control de la enfermedad que dista de ser óptimo. La observación de los Médicos procedentes del Estado Español que trabajan en el Alentejo refieren que están viendo cánceres con un nivel de desarrollo aquí desconocido, como resultado de que la población más pobre prescinde de programas de preventivos y retrasa la consulta<sup>6</sup>. La adherencia terapéutica deficiente multiplica las grandes dificultades que entraña mejorar la salud de las poblaciones pobres, y produce despilfarro y subutilización de los recursos de tratamiento que son de por sí limitados. En países como en Canadá los tratamientos crónicos excede de los 3.5 billones de dólares<sup>21</sup>.

En un reciente meta-análisis sobre el efecto de los copagos para las prescripciones sobre la adherencia a los medicamentos de prescripción en países con sistema sanitario se concluye que estos pretenden disminuir el gasto de terceros sobre los productos farmacéuticos, particularmente aquellos considerados como menos importante, desincentivando la acumulación de medicamentos no esenciales para mejorar la salud, y generando así ahorro en gasto<sup>15</sup>. Pero los copagos pueden ser desventajosos si reducen la utilización de medicamentos beneficiosos para la salud. En un estudio realizado en Canadá se observó que la introducción de copagos ha tenido como efecto una reducción importante y significativa en el consumo de medicamentos tanto para los ancianos (9,14%) como para los usuarios con menos recursos (15,94%). La mayor reducción corresponde a los medicamentos no esenciales: un 15,14% en los ancianos. Esta reducción del consumo de fármacos esenciales se asocia a un aumento significativo del número de visitas a urgencias. La probabilidad de padecer efectos adversos relacionados con la reducción en el consumo en los ancianos es entre 1.17 y 1.19 veces mayor que antes de la introducción del copago.<sup>22</sup> La falta de adherencia a los tratamientos tiene como consecuencias un incremento de las tasas de enfermedad y de los costes del sistema. Los efectos del copago sobre la adherencia a los medicamentos en una población

general, y sus repercusión sobre la utilización/adherencia de los pacientes muestra una reducción de la utilización de medicamentos esenciales<sup>23</sup>.

## CONCLUSIONES

Estamos en un país inmerso en una crisis financiera de la que de momento no se ve salida, y todos los servicios sociales se están reduciendo. Estamos en la situación del pez que se muerde la cola, un enfermo crónico no tiene dinero para su tratamiento, ya que el gobierno le obliga al copago, por aquí el estado ahorra, pero el paciente se descompensa de su patología e ingresa en el hospital y esto genera gasto. Los políticos se deberían preguntar que les genera más deuda los gastos de farmacia o los gastos de las hospitalizaciones de reagudizaciones de crónicos.

Para poder finalizar se puede concluir que con la búsqueda se puede responder y afirmar que el copago de medicamentos afecta en la adherencia terapéutica de los ancianos en España y de manera negativa. Existen numerosas revisiones internacionales que demuestran que los copagos se asocian con una disminución en el estado de salud de las personas más vulnerables, enfermos crónicos o colectivos de bajos ingresos, que empiezan a ser mayoritarios como consecuencia de la crisis, y que reducen el seguimiento de la medicación y el acceso a los servicios lo que se traduce en un empeoramiento en los niveles de salud y un aumento del gasto sanitario público al incrementar las complicaciones y los ingresos hospitalarios. A pesar de la amplia evidencia del efecto de los copagos sobre la utilización, se dispone de menos conocimientos sobre su impacto sobre el estado de salud.

En estos tiempos de medidas restrictivas llevadas a cabo por el gobierno para reducir el gasto farmacéutico, como la implantación del copago, es el momento de apostar por la enfermería como pieza clave en el control de los pacientes crónicos. Como futura profesional sanitaria tenemos la responsabilidad de concienciar a los pacientes la importancia de la correcta administración de los tratamientos y la prevención. Una propuesta de mejora es apostar por la enfermera gestora de casos figura que no surge por casualidad y su trabajo diario que está demostrado como un diagnóstico precoz de problemas sociales así como el adecuado seguimiento del paciente crónico se consolidan como fuertes herramientas para reducir el gasto sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Marín D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2000;15(2):154-163.
2. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genove. World Health Organization. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):141-146.
3. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001;27(8):559-68.
- 4 Palop Larrea. V, Martinez Mir.I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005;28(5):113-120
- 5 Jernigan JA. Update on drugs and the elderly. *American Family Physician*, 1984, 29:238-247.
- 6 Hueso Navarro F. El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra . Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.php>
- 7 Ballesta García M. Costes económicos asociados a la diabetes tipo 1 / Economic costs associated to type 1 diabetes. *Rev Clin Esp* 2005;205(11):523-527.
- 8 Urbanos Garridoa R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014(28):81-88.
9. Martín García, Manuel. El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes. Documento de trabajo 183/2014.
- 10 Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to Improve Adherence to Self-administered Medications for Chronic Diseases in the United States: A Systematic Review.. *Ann Intern Med* 2012;157(11):785-795.

11 Will Maimaris, Jared Paty, Pablo Perel, Helena Legido-Quigley, Dina Balabanova, Robby Nieuwlaat, Martin Mckee. *The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review*. PLOS Medicine, 2013.

12. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (Boletín Oficial del Estado, nº 98, de 24 de abril de 2012). [En línea] [fecha de acceso: 21 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

13 Benach J, Muntaner C, Tarafa G. El copago es inequitativo, injusto y evitable. *Gaceta Sanitaria* 2012;26(5):491-491.

14 Benacha J, Tarafaa G, Muntanera C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit.* 2012;26(1):80-82.

15 Antoñanzas Villar.F. RR. Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico. *Rev Esp Salud Pública* 2014;88:233-249.

16 Julián-Jiménez A. El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias. *Gaceta Sanitaria* 2012;26(5):490-491.

17 Gené Badia J. Copago y accesibilidad a los servicios sanitario. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 2000;26(4):267-273.

18 Pascual Solanas,S.,Marzo Castillejo,M. Copago: Conclusiones desde la evidencia científica. *Aten Primaria.* 2011;43(1):1—2 2011;43(1):1 -2.

19. Caamaño, F.Figueiras,A.Lado,E.Gestal Otero,J. Explanatory variables of avoidable cost produced by not prescribing a cheaper equivalent drug . *Gac Sanit* 2001;15(6):513-518.

20 Núñez Montenegro A, Montiel Luqueb A, Martín Auriollesc E. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014;46(5):238-245.

21 Garnett WR. Antiepileptic drug treatment: outcomes and adherence. *Pharmacotherapy*, 2000, 20:191S-199S.

22. Tamblyn R et al. Adverse Events Associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons, *JAMA* 2000; 285(4)421-9.

23. Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. *Metas Enferm* 2013;16(10):21-27.



Anexo

Tabla 1

PAGO DE MEDICAMENTOS. APORTACIÓN DEL USUARIO (ASEGURADO Y BENEFICIARIOS)			
	Antes de aplicar el RD 16/2012	A partir de 01/07/2012	
		En general	Límite máximo de aportación tratamiento larga duración (€/mes) a enero de 2014
Pensionistas con renta inferior a 18.000€/año.	0 %	10 %	8,26 €
Pensionistas con renta entre 18.000 y 100.000€/año	0 %	10 %	18,59 €
Pensionistas con renta igual o superior a 100.000€/año	0 %	60 %	62,00 €
Personas sin recursos que perciben renta de integración	40 %	0 %	0 €
Personas perceptoras de pensiones no contributivas	0 %	0 %	0%
Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica	0 %	0 %	0 €
Parados que han perdido el subsidio de desempleo	40 %	0 %	0 €
Personas con tratamientos por accidente de trabajo o enfermedad profesional	0 %	0 %	0 €
Usuarios con tratamientos crónicos para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida	10 %, con límite de 2,64€	10 %	Límite por receta: 4,26€
Usuarios con renta inferior a 18.000€/año	40 %	40 %	Sin límite
Usuarios con renta entre 18.000€/año y 100.000€/año	40 %	50 %	Sin límite
Usuarios con renta igual o superior a 100.000€/año	40 %	60 %	Sin límite
Mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU	30 %	30 %	