



## Evaluación de la equidad en el acceso a los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud español mediante el régimen de copago del RDL 16/2012

Evaluation of Equity in the Access to Drugs Financed by the Spanish National Health System through Royal Decree-Law 16/2012 concerning the Copayment Regime



### Autores

**Gemma García-Calderó**

Universitat de Barcelona

Email: [ggarcica53@alumnes.ub.edu](mailto:ggarcica53@alumnes.ub.edu)

 <https://orcid.org/0000-0003-2276-0388>

**Enric Sospedra-Martínez**

Universitat de Barcelona

Email: [esospedra@bellvitgehospital.cat](mailto:esospedra@bellvitgehospital.cat)

 <https://orcid.org/0000-0002-5824-2091>



## Resumen

El acceso equitativo a las prestaciones sanitarias constituye uno de los principios del Sistema Nacional de Salud español. No obstante, se ha evidenciado la existencia de un porcentaje de ciudadanos que padecen dificultades económicas para adquirir medicamentos de prescripción. Este oscila en torno a un 2,4%, y afecta a determinadas personas en situación socioeconómica vulnerable, especialmente aquellas polimedizadas o con enfermedades crónicas. Este artículo fundamenta el derecho al acceso a los medicamentos en condiciones de igualdad, y evalúa los datos recogidos por organismos del Estado y organizaciones no gubernamentales que evidencian inequidades en dicho acceso. Dado que el copago farmacéutico puede constituir una barrera económica para la adquisición de los medicamentos de prescripción, se analizan a la luz de la bibliografía existente los posibles efectos sobre la equidad de acceso a los medicamentos del actual sistema de copago reformado mediante el RDL 16/2012, así como los planteamientos para su mejora.

## Abstract

*Equitable access to healthcare services constitutes one of the principles of the Spanish National Health System. Nevertheless, it has been shown that there is a percentage of citizens who suffer from financial hardship when paying for their prescriptions. This percentage fluctuates around 2.4% and affects certain people in vulnerable socioeconomic conditions, especially those who are polymedicated or who suffer chronic diseases. This article substantiates the right to access to prescription medication in equal conditions, and evaluates the data collected by state and non-governmental organizations that demonstrates inequality in access to medication. Pharmaceutical copayment can become an economic barrier for access to a patient's prescribed drugs. The possible effects of the current copayment system remodeled by Royal Decree-Law 16/2012 and the different approaches for its improvement are analysed in light of the literature.*

## Key words

Equidad; copago; medicamentos de prescripción; RDL 16/2012; pobreza farmacéutica.

*Equity; copayment; prescription drugs; Royal Decree-Law 16/2012; pharmaceutical poverty.*

## Fechas

Recibido: 20/08/2022. Aceptado: 07/06/2023



## 1. Introducción

Los orígenes de los sistemas sanitarios como servicio público en Europa se remontan a los años ochenta del siglo XIX en Alemania, donde el canciller Otto von Bismarck promovió un modelo sanitario en que los trabajadores de la nación y sus familias podían acceder a una asistencia sanitaria proveída por el Estado y financiada por las contribuciones de estos al mercado del trabajo. Previamente tan solo existían modelos de atención sanitaria residuales que atendían a los sectores sociales más necesitados. No fue hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial que empezó a desarrollarse en Inglaterra, de la mano del economista Lord Beveridge, un sistema sanitario de carácter universal y financiado indirectamente mediante impuestos (Dalli, 2019). En España, y tras distintos intentos decimonónicos para organizar un sistema sanitario, en el año 1942 se constituyó el denominado Seguro Obligatorio de Enfermedad, que posteriormente se transformó en el Sistema de Seguridad Social. Este sistema de cobertura de los

En España, y tras distintos intentos decimonónicos para organizar un sistema sanitario, en el año 1942 se constituyó el denominado Seguro Obligatorio de Enfermedad, que posteriormente se transformó en el Sistema de Seguridad Social

riesgos sanitarios se costeaba mediante el pago de una cuota vinculada al trabajo, alcanzando gran importancia en los años sesenta y principios de los setenta, asumiendo progresivamente un mayor número de patologías y una mayor cobertura poblacional. El acceso universal a la salud contemplado en la Constitución Española de 1978 se desarrolló el año 1986 mediante la Ley General de Sanidad, la cual impulsó la creación del actual Sistema Nacional de Salud (SNS) que sustituyó al anterior modelo sanitario existente vinculado a la Seguridad Social. Dentro de la asistencia sanitaria pública española, la prestación farmacéutica ha consistido desde sus inicios en la financiación de los medicamentos recetados por médicos y ha estado siempre sujeta a un régimen de copago (Hernández de Troya, 1998). Con el fin de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud tras

los efectos de la crisis económica del año 2008, se realizó una reforma del sistema de copago farmacéutico mediante el Real Decreto Ley 16/2012 (RDL 16/2012), en el que se amplió la población participante en el copago incluyendo al colectivo pensionista y se definieron nuevos porcentajes de aportación según el nivel de renta, a diferencia del porcentaje generalizado (40% del precio de venta al público, PVP) que existía hasta el momento. En un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (Thomson et al., 2019), se alertó que el copago de medicamentos puede conducir a que se produzcan dificultades económicas para acceder al cuidado de la salud en la población más pobre de los países europeos, aun estando este cubierto por los servicios de salud. Los objetivos del presente artículo son fundamentar el derecho al acceso equitativo a los medicamentos y en base a ello, evaluar el actual sistema de copago farmacéutico en España considerando los datos existentes sobre su equidad y las propuestas de mejora recogidas hasta el momento.



## 2. Fundamentación del derecho a un acceso equitativo a los medicamentos

La Ley General de Sanidad (1986) recoge los principios del SNS, entre los que se encuentran la universalidad y la equidad: “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” (art. 3). A partir de esta ley se fue desarrollando en los años posteriores un marco legislativo que pretendía garantizar el acceso equitativo de todos los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. A nivel supranacional, es

importante mencionar el Convenio de Oviedo (1997), el primer texto jurídicamente vinculante procedente del campo de la bioética, en el cual se enfatiza la necesidad de garantizar “el acceso equitativo a los beneficios de sanidad” (art. 3), poniendo de relieve que “teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, se adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada” (art. 3). También el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios reconoce “el

El sistema de pago por los servicios de salud, públicos o privados, debe de ser equitativo, es decir, asequible para toda la población independientemente de su nivel socioeconómico

derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios que puedan adoptar las comunidades autónomas en ejercicio de sus competencias” (art. 91).

A nivel internacional, aunque la Carta de los Derechos Humanos no reconozca explícitamente el derecho a un acceso equitativo a las prestaciones sanitarias, sino únicamente el derecho a la salud, este derecho puede inferirse del contenido del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) elaborado por el comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de las Naciones Unidas (1966). Este reconoce el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12.1) detallando que los Estados deben garantizarlo, entre otras medidas, mediante “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (art. 12.2d). En la Observación General número 14 sobre el artículo 12 del pacto aprobada por el comité DESC (2000), se especifica que para la plena realización del derecho a la salud resulta indispensable cumplir con el principio de accesibilidad, que incluye la accesibilidad económica. Ello implica que el sistema de pago por los servicios de salud, públicos o privados, debe de ser equitativo, es decir, asequible para toda la población independientemente de su nivel socioeconómico: “La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos” (Comité DESC, 2000, 12b.iii).



### 3. La reforma del sistema de copago español mediante el RDL 16/2012

#### 3.1. Funcionamiento y sentido del copago farmacéutico

A raíz de la crisis económica del 2008, el elevado gasto sanitario condujo a los Gobiernos de numerosos países a implantar estrategias para mantener la sostenibilidad del sistema sanitario público, siendo el copago farmacéutico una de las principales medidas (Barnieh et al., 2014). En el año 2012, el Gobierno de España reformó el sistema de copago existente mediante el RDL 16/2012, en cuyo preámbulo se afirma que “el mismo principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios obliga a actualizar el vigente sistema de aportación por parte del usuario” (RDL 16/2012, preámbulo). El sistema de copago operativo hasta ese momento era gratuito para los pensionistas y de un 40% del PVP para todas las personas en situación activa, exceptuando aquellos medicamentos considerados de aportación reducida, cuya aportación era del 10% del PVP. El RDL 16/2012 estableció unos nuevos criterios de copago basados en la renta anual y la situación laboral de los usuarios del SNS, pero manteniendo un régimen de aportación especial para los medicamentos de uso crónico de un 10% del PVP con un tope máximo mensual. Según esta normativa, se dividió a los usuarios en activos y en pensionistas, los cuales pasaron a participar en el copago y, dentro de ambos grupos, se establecieron tres categorías según la renta anual (inferior a 18 000 €/año, entre 18 000 €/año y 100 000 €/año, y superior a 100 000 €/año). Para el colectivo de los pensionistas estableció aportaciones máximas mensuales según cada categoría actualizables anualmente según el IPC (8 €, 18 € y 60 € respectivamente). A cada tipo de aportación se le asignó un número de tarjeta sanitaria individual (TSI) (ver tabla 1). Cabe destacar que el actual sistema de copago aún mantiene algunos vestigios del precedente modelo sanitario basado en la Seguridad Social, habiendo de pagar los afiliados a mutuas estatales un 30% del PVP, independientemente de su condición laboral.

**Tabla 1. Aportaciones de los usuarios del SNS español en la prestación farmacéutica ambulatoria según el sistema de copago establecido por el RDL 16/2012**

Situación laboral	Renta anual	Porcentaje de aportación	Aportación máxima	Nº TSI
Pensionistas	<18 000 €	10%	8 €	002-01
	18 000 € - 100 000 €	10%	18 €	002-02
	> 100 000 €	60%	60 €	005-03
Activos	<18 000 €	40%	-	003
	18 000 € - 100 000 €	50%	-	004
	> 100 000 €	60%	-	005
Mutualistas		30%	-	006
Colectivos exentos		0%	-	001

Fuente: Adaptación del 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



No obstante, el RDL 16/2012 amplió el número de colectivos exentos de pago hasta el momento incluyendo a las personas receptoras de rentas de integración social y de pensiones no contributivas, así como personas en paro de larga duración que hubieran perdido el derecho a percibir el subsidio de paro.

Con posterioridad, la Ley 11/2020 de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021 contempló nuevos colectivos exentos de aportación. En la tabla 2 se encuentra recogido el listado actual de colectivos que se hallan exentos del copago farmacéutico.

**Tabla 2. Grupos exentos de aportación en el copago farmacéutico**

Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
Personas afectadas por el síndrome tóxico.
Personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
Personas receptoras de rentas de integración social y de pensiones no contributivas.
Parados que hayan perdido el derecho a percibir el subsidio de paro mientras subsista su situación.
Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%.
Personas receptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o cuidado con fines de adopción.
Pensionistas de la Seguridad Social cuya renta anual sea inferior a 5635 € consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en caso de no estar obligados a presentar la citada declaración, perciban una renta anual inferior a 11 200 €.

Fuente: Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021

Es importante tener en cuenta que el objetivo del copago farmacéutico, más que buscar una contribución directa a la financiación del sistema sanitario, es contener el gasto sanitario público por medio de una reducción del uso de medicamentos innecesarios, el conocido como *moral hazard*. Por tanto, en la base del copago farmacéutico se halla la hipótesis de que la falta de aportación en la adquisición de medicamentos conlleva un sobreconsumo de los mismos y conduce a la toma de medicamentos innecesarios cuyos costes y posibles reacciones adversas superan los beneficios que puedan aportar. Existen evidencias aportadas por diversos estudios que respaldan esta hipótesis. Por ejemplo, un estudio acerca del efecto de la exención de copago farmacéutico sobre el consumo de medicamentos prescritos en el paso de la condición de persona en régimen activo a persona en régimen pensionista en España (con el consiguiente acceso gratuito a los medicamentos), mostró que el consumo aumentaba en un 17,5%, sobre todo en consumidores de medicamentos para procesos agudos y no-crónicos, implicando un aumento del 60,4% del gasto realizado por el sistema (Puig-Junoy et al., 2016). Por otro lado, según datos del barómetro sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el porcentaje de personas que guardaba en su hogar envases ente-



ros de medicamentos recetados pasó del 23,7% en 2011 (CIS, 2011) al 18,2% en 2013 (CIS, 2013), hecho que Vilaplana (2017) atribuye a una mayor contención en la compra de medicamentos innecesarios promovida por el copago farmacéutico en el colectivo pensionista. Otro estudio realizado tras la aplicación de la reforma muestra que en los catorce meses posteriores el número total de recetas prescritas disminuyó más de un 20% en la comunidad autónoma de Cataluña y en porcentajes mayores al 10% en todas las demás comunidades autónomas (Puig-Junoy et al., 2014). Sin embargo, pese a las evidencias que corroboran el hecho de que el copago disminuye el consumo de medi-

Un metaanálisis centrado en usuarios del sistema de salud de Estados Unidos determina que la adherencia se reducía en un 11% debido al copago

camentos, no hay unanimidad respecto a la efectividad de la estrategia puesto que existe la hipótesis de que esta podría afectar no solo al sobreconsumo de medicamentos innecesarios, sino también al consumo de medicamentos necesarios, tal y como arguye el informe de la OMS realizado por Thomson et al. (2019). En efecto, es posible encontrar abundante literatura sobre la correlación entre el copago y la falta de adherencia al tratamiento en grupos vulnerables. Por ejemplo, un metaanálisis centrado en usuarios del sistema de salud de Estados Unidos determina que

la adherencia se reducía en un 11% debido al copago (Sinnot et al., 2013), y una revisión sistemática basada en sistemas sanitarios de países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) corroboró que existía una alta probabilidad de reducción en la toma de medicamentos necesarios a causa del copago (Barnieh et al., 2014). La falta de adherencia conlleva un empeoramiento del estado de salud y, en consecuencia, un mayor uso de recursos sanitarios, hecho que acaba siendo contraproducente para la reducción del gasto sanitario.

### 3.2. Evidencias de barreras en el acceso a los medicamentos de prescripción

Los datos publicados por el CIS y los informes elaborados por entidades sociales muestran que en España hay personas que se encuentran en la situación de no poder hacer frente al coste de los medicamentos prescritos por su médico. El último barómetro sanitario del CIS de marzo de 2022, indica que un 2,4% de la población tuvo problemas económicos para adquirir los medicamentos recetados por un médico de la salud pública, cifra similar a la del anterior barómetro sanitario (2019) que fue del 2,6%. Asimismo, el último Informe de la fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada) de *Evaluación de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España* denota que un 2% del total de la población declara haber dejado de adquirir sus medicamentos por no poder pagarlos, frente a un 7% cuando la población analizada es población en situación de exclusión social (FOESSA, 2019). El Observatorio de la Realidad Social de Cáritas ha manifestado en sus dos últimos informes de los meses de marzo y junio del 2021 que un 25% y un 23,7% respectivamente, de los hogares atendidos por la entidad, ha dejado de adquirir medicamentos necesarios por no poder asumir el coste (Cáritas, 2021). También la ONG Cruz Roja señala que una de las principales carencias en materia de asistencia sanitaria entre sus usuarios consiste en las dificultades para sufragar el coste de los medicamentos no financiados públicamente (23,9%), así como



afrontar el copago de los medicamentos que sí lo están (13,35%). Es destacable también el hecho de que el 24,3% de las personas atendidas por la institución ha manifestado su temor a endeudarse por el coste de los tratamientos (Cruz Roja, 2019). Por su parte, la ONG Banco Farmacéutico estimó en su memoria anual del año 2020 que el porcentaje real de personas que no podrían adquirir la medicación que necesitaban tras la crisis generada por la pandemia de COVID-19 en España era de un 3,4%, porcentaje que variaba según la comunidad autónoma considerada (Banco Farmacéutico, 2020).

Estos datos se enmarcan en un contexto social en que el porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE<sup>1</sup>) se encuentra en un 27,8% según la encuesta de condiciones de vida del INE (Instituto Nacional de Estadística) para el año 2021, habiéndose incrementado en un 0,8% respecto al año anterior. La encuesta

El porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE) se encuentra en un 27,8% según la encuesta de condiciones de vida del INE para el año 2021

muestra cómo el riesgo de pobreza o exclusión social es mayor en aquellas personas con determinadas características socio-demográficas: los parados respecto a los ocupados o jubilados (58,6% vs. 17,9% y 16,2%), los hogares con uno o dos adultos con hijos dependientes respecto a los mismos hogares sin hijos (54,3% y 27,6% vs. 34,6% y 21,1%), observándose que predomina en los hogares monoparentales frente a los hogares con dos progenitores y en las personas extranjeras procedentes tanto de la Unión Europea como de otras áreas geográficas, respecto a las personas nacionales (40,3% y 65,2% vs. 23,6%) (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Este conjunto de características

coincide mayoritariamente con los perfiles de usuarios de entidades sociales como Cruz Roja o Cáritas descritos en los informes de las mismas. Sin embargo, cabe destacar que ambas organizaciones, así como Banco Farmacéutico, resaltan en sus informes la existencia creciente de personas que trabajan entre las que sufren pobreza, ya sea por poseer trabajos temporales o por cobrar un salario insuficiente para cubrir las necesidades básicas del hogar. En un artículo que analiza el perfil de la población atendida por la ONG Banco Farmacéutico, que subvenciona el tratamiento médico a determinadas personas que no pueden costearlo (personas que padecen la llamada "pobreza farmacéutica"), se muestra que esta consiste principalmente en personas polimedicadas, con enfermedades crónicas, y que además cumplen con alguna de las siguientes características sociodemográficas: estar en paro, poseer hijos a su cargo y ser extranjeras (Rubio-Valera et al., 2021).

1 La tasa AROPE (At risk of Poverty or Social Exclusion) es un indicador del riesgo de pobreza o exclusión social que mide la proporción de la población que cumple con al menos una de las siguientes condiciones: estar en riesgo de pobreza después de transferencias sociales (personas cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta media de la población), padecer carencia material y social severa (no poderse permitir al menos 7 ítems de los 13 que se presentan en una lista de bienes vinculados al hogar y a la persona considerados como básicos) y vivir en un hogar con baja intensidad de empleo (que los miembros de la unidad familiar en edad de trabajar trabajen menos del 20% del total de su potencial de trabajo).



### 3.3. Objeciones al actual sistema de copago

Aunque en el preámbulo del RDL 16/2012 se expone que las reformas pretenden, entre otros objetivos, dar respuesta a las exigencias de la ciudadanía sobre una mejora en la equidad, desde su entrada en vigor se ha planteado la posibilidad de un eventual efecto contraproducente y perjudicial sobre la equidad en el acceso a los medicamentos.

En primer lugar, existe división de opiniones respecto a la pertinencia de incluir a los pensionistas en el copago farmacéutico. Por un lado, hay posturas que sostienen que los pensionistas constituyen un grupo de población vulnerable que ha estado protegido mediante la exclusión de pago desde la entrada en vigor del primer sistema de copago en 1966 y cuya inclusión en la aportación económica pondría en riesgo su acceso al tratamiento repercutiendo en último término en su salud y afectando indirectamente al conjunto del SNS (López Aniorte, 2017). Por otro lado,

La encuesta de condiciones de vida del INE para 2021 indica que el colectivo de personas mayores de 65 años es el que presenta el porcentaje menor de riesgo de pobreza y exclusión social (20,5%), y que este ha disminuido 1,1 puntos respecto al año anterior

hay quienes arguyen que el actual sistema de copago es más justo al basar el criterio de pago no solo en la situación laboral, sino también en la renta, de forma que las aportaciones se ajustan a la capacidad económica de los usuarios (Simó Miñana, 2015). Dicho argumento considera cuestionable el hecho de que se excluya a todos los pensionistas del copago porque implica asumir de forma general que el colectivo pensionista posee una menor capacidad económica que el colectivo de los activos. Algunos datos estadísticos actuales refutarían dicha hipótesis: la encuesta de condiciones de vida del INE para 2021 indica que el colectivo de personas mayores de 65 años es el que presenta el porcentaje menor de riesgo de pobreza y exclusión social (20,5%), y que este ha disminuido 1,1 puntos respecto al año anterior. Por el contrario, en el grupo de menores de 16 años y en

el de personas entre 16 y 65 años, dicho porcentaje ha experimentado un incremento de 1,3 y 1,4 puntos, respectivamente, situándose en un 33,2% y un 28,7%, siendo ambos valores absolutos marcadamente superiores a los del colectivo pensionista. Asimismo, el barómetro sanitario del CIS del año 2022 (primera oleada) refleja que el grupo de personas de 65 años o más no se encuentra entre los porcentajes más altos de personas que declararon haber dejado de tomar algún medicamento por motivos económicos (ver tabla 3). Por otro lado, un estudio llevado a cabo en 2019 que analizó las posibles evidencias de inequidad debidas al nuevo sistema de copago español, mostró que para todos los niveles de renta descritos en el RDL 16/2012 (desglosando el primer tramo de renta en cuatro subgrupos), las personas pertenecientes al grupo activo, tanto si trabajaban como si se encontraban en situación de desempleo, declararon tener mayores dificultades para acceder a los medicamentos en comparación con el grupo de jubilados, pese a tener estos mayores necesidades farmacéuticas (Rodríguez-Feijó y Rodríguez-Caro, 2021).



**Tabla 3. Porcentaje de población según grupos de edad, que afirmó haber dejado de tomar algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública debido a problemas económicos**

Grupo de edad (años)	De 18 a 24	De 25 a 34	De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 y más
Porcentaje de población (%)	1,8	2,8	3,2	2,4	1,8	2,1

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (2022). *Barómetro Sanitario: Primera oleada. Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas*. [https://datos.cis.es/pdf/Es3357sd\\_A.pdf](https://datos.cis.es/pdf/Es3357sd_A.pdf)

En segundo lugar, se ha argumentado que el diseño de los tramos de renta perjudica la equidad del sistema al no ser ni proporcional ni progresivo (Martínez-López y Martínez-Gayo, 2019; Rodríguez-Feijó y Rodríguez-Caro, 2021; López-Aniorte, 2017; Simó Miñana, 2015). Principalmente se ha criticado el diseño del segundo tramo de renta, que abarca a personas que ingresan entre 18 000 €/año hasta 100 000 €/año estableciendo una aportación del 50% del PVP. El tramo resultaría demasiado amplio y perjudicaría especialmente a las rentas más bajas dentro del mismo. Sin embargo, también se ha cuestionado el diseño del primer tramo, que incluye a aquellas personas cuya renta es inferior a 18 000 €/año (equivalente a 1500 €/mes). En el estudio de Rodríguez-Feijó y Rodríguez-Caro (2021) se pone de manifiesto que las dificultades económicas para afrontar el copago son desiguales entre las personas del primer tramo de renta, dependiendo del valor de la misma. En el caso de los activos, las personas con rentas inferiores a 900 € mensuales presentan dificultades sensiblemente mayores al resto para pagar la medicación, mientras que en el caso de los pensionistas dichas dificultades se presentan mayoritariamente en rentas inferiores a 600 €. Especialmente crítica es la situación de los activos con rentas inferiores a 300 €. En los grupos más perjudicados (como los trabajadores y desempleados con rentas inferiores a 300 €/mes) el porcentaje de personas que sufren dificultades en la adquisición de medicamentos llega casi al 20%.

Por otro lado, se ha resaltado el hecho de que el sistema de copago ya desde antes de la reforma aplicada por el RDL 16/2012, haga recaer gran parte de las aportaciones sobre un pequeño grupo de activos en relación con las aportaciones que realizan el total de los activos: un 5% de estos efectuaría entre el 45,8% y el 53,4% de los copagos del total del colectivo. Este porcentaje de activos estaría constituido principalmente por los pacientes crónicos polimedicados, de forma que el diseño del copago estaría imponiendo una especie de "impuesto a la enfermedad" (Vilaplana, 2017).

Además, se ha puesto en entredicho el hecho de que la reforma del copago no haya suprimido los vestigios del régimen mutualista, el cual establece un régimen de copago distinto para los funcionarios pertenecientes a las mutuas estatales como la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) (Simó Miñana, 2015; Vilaplana, 2017). Dicho modelo perjudica especialmente a los jubilados mutualistas, que



deben pagar un 30% del PVP en comparación al 10% que pagan los jubilados en el régimen del SNS. Además, existen casos de beneficiarios de estas mutualidades que poseen doble cobertura (ya sea de forma legal, por su anterior cotización tanto en el régimen de la Seguridad Social como el especial de MUFACE, o ilegal). Estos se acogen a una o a otra según les sea más conveniente (para los activos resulta más beneficioso el copago mutualista mientras que para los jubilados lo es el del SNS), de forma que se producen desigualdades respecto al resto de la población (Simó Miñana, 2015). Según los datos anteriores a la reforma de 2012, los pensionistas de MUFACE habrían consumido tan solo un 63,5% de lo que consumían los pensionistas bajo el régimen del SNS (Saludas, 2013).

### 3.4. Propuestas de mejora

Frente a todas estas consideraciones se han planteado algunas mejoras para el sistema que contribuirían a mejorar la equidad. En primer lugar, que el criterio principal de la aportación sea la renta y no la situación laboral (Rodríguez-Feijoó y Rodríguez-Caro, 2019). En segundo lugar, que el segundo tramo de renta se divida en tramos más acotados (Simó Miñana, 2015; Martínez-López y Martínez-Gayo, 2019). No obstante, Rodríguez-Feijoó y Rodríguez-Caro apoyan prioritariamente una división del primer tramo de renta, en que estén exentas del copago las personas que ingresen menos de 300 €/mes, las cuales constituyen un 2% del total y son principalmente desempleados.

Otra medida que se ha propuesto es extender los topes mensuales de copago a todos los colectivos, incluyendo a los activos (Thomson et al., 2019; Rodríguez-Feijoó y Rodríguez-Caro, 2021; Simó Miñana, 2015). En el ya mencionado estudio sobre acceso a servicios de salud de la OMS, Thomson et al. (2019) consideran dicha medida como una de las más efectivas para una política de copago equitativa, junto con la exención tanto de personas en condiciones de pobreza como de usuarios habituales del SNS (como los enfermos crónicos) y el establecimiento de copagos bajos fijos en vez de copagos porcentuales.

Frente a todas estas consideraciones se han planteado algunas mejoras para el sistema que contribuirían a mejorar la equidad. En primer lugar, que el criterio principal de la aportación sea la renta y no la situación laboral. En segundo lugar, que el segundo tramo de renta se divida en tramos más acotados

Por lo que respecta a la propuesta de establecer copagos fijos y bajos, en 2012 se implantó en dos comunidades autónomas españolas, Cataluña y Madrid, un copago de 1€ por receta médica (con un tope anual de 61€) que solo estuvo vigente durante seis meses en Cataluña (entre junio del 2012 y enero del 2013) y un mes en Madrid (enero de 2013), tras ser derogada la medida por el Tribunal Constitucional. Un estudio analizó el impacto de esta medida y concluyó que el denominado “primer euro” de copago por receta posee mayor impacto en la reducción del consumo de medicamentos que la misma cantidad de pago en un sistema de copago por medicamentos (García Gómez et al., 2018). No obstante, manifestó a su vez que no podía concluirse que dicha reducción se produjera solo en el consumo de los medicamentos innecesarios y menos efectivos, sino que también podía repercutir



sobre el consumo de medicamentos prescritos a grupos de pacientes con enfermedades crónicas. La brevedad de la vigencia de la medida y la falta de evaluación de otros indicadores hacen necesario investigaciones posteriores que permitan concluir el impacto de la medida con mayor precisión. Sin embargo, el informe de Thomson et al. (2019) destaca que para que el copago no origine dificultades económicas en el acceso a la asistencia sanitaria, se debería diseñar teniendo en cuenta a las personas y no a los productos o servicios, que justamente era el enfoque con el que se había planteado esta medida.

Los desempleados son el colectivo que padece mayor riesgo de pobreza en comparación con los ocupados o jubilados y también constituye uno de los perfiles más habituales atendidos por las entidades Cáritas, Cruz Roja y Banco Farmacéutico

El actual sistema de copago ya excluye a diversos colectivos (ver tabla 2), sin embargo, se ha enfatizado que la protección hacia el grupo de los desempleados debería ser mayor, dado que los desempleados que no han recibido ninguna prestación y aquellos que ya han agotado el subsidio por desempleo, pero no cumplen el resto de condiciones, deben hacer frente igualmente al 40% del precio del medicamento (Vilaplana, 2017). Según los datos del INE anteriormente referenciados, los desempleados son el colectivo que padece mayor riesgo de pobreza en comparación con los ocupados o jubilados y también constituye uno de los perfiles más habituales atendidos por las entidades Cáritas, Cruz

Roja y Banco Farmacéutico. El hecho de considerar los perfiles de población atendidos por las entidades sociales que subvencionan la medicación prescrita a quienes no pueden costearla, así como los datos aportados por el INE en la encuesta de condiciones de vida, podría ser útil en el diseño de un sistema de copago más justo y equitativo y que refleje en mayor medida la realidad social y, por tanto, responda mejor a las necesidades de la población.

Por último, otra medida que se considera necesaria para la mejora de la equidad del actual sistema de copago es la supresión del viejo modelo mutualista y la instauración del mismo sistema de copago del SNS para la totalidad de la población (Simó Miñana, 2015).

## 4. Conclusión

La legislación española (principalmente la Ley General de Sanidad y el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios) y los tratados internacionales, (el Convenio de Oviedo y el PIDESC, particularmente) respaldan el derecho de toda persona a acceder a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Sin embargo, se ha evidenciado que el actual diseño del sistema de copago español para acceder a la prestación farmacéutica incurriría en diversas inequidades. Los datos estadísticos estatales y de entidades sociales muestran que existe un porcentaje considerable de población que presentaría dificultades económicas para adquirir los medicamentos prescritos, principalmente personas desempleadas y pacientes polimedificados con enfermedades crónicas. Dichas inequidades podrían deberse a determinados aspectos en el diseño del sistema de copago. Las principales propuestas



para su mejora pasan por definir tramos de renta más acotados, extender los límites de aportación a todos los grupos e incluir a toda la población bajo la cobertura del SNS, suprimiendo definitivamente el régimen mutualista. Tener en cuenta los datos aportados por los informes del INE y por las diversas entidades sociales puede ser de gran utilidad para identificar aquellos grupos más vulnerables y diseñar estrategias para una protección adicional. Este sería el caso, por ejemplo, del heterogéneo grupo que incluye a las personas desempleadas y a los trabajadores con ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas de su hogar. Se requieren estudios más exhaustivos que permitan evaluar la efectividad de las diversas medidas de mejora planteadas, así como un análisis más profundo de las ventajas que supondría el establecimiento de copagos fijos en lugar de copagos porcentuales.

## Referencias

- Banco Farmacéutico. (2020). *Pobreza farmacéutica: ¿comer o medicarse?* (Memoria 2020). [https://www.bancofarmaceutico.es/wp-content/uploads/2021/09/Interactiva\\_memoria\\_2020.pdf](https://www.bancofarmaceutico.es/wp-content/uploads/2021/09/Interactiva_memoria_2020.pdf)
- Barnieh, L., Clement, F., Harris, A., Blom, M., Donaldson, C., Klarenbach, S., Husereau, D., Lorenzetti, D. y Manns, B. (2014). A systematic review of cost-sharing strategies used within publicly-funded drug plans in member countries of the organisation for economic co-operation and development. *PloS one*, 9(3), e90434-e90434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090434>
- Cáritas Española Equipo de Estudios. (2021). *Un año acumulando crisis: La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en enero de 2021* (Informe Núm. 3). Observatorio de la Realidad Social. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2021/03/OSR-3-v2-digital.pdf>
- Cáritas Española Equipo de Estudios. (2021). *Del tsunami al mar de fondo: salud mental y protección social. La realidad de las familias acompañadas por Cáritas en abril de 2021* (Informe núm. 4). Observatorio de la Realidad Social. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2021/06/Del-tsunami-al-mar-de-fondo.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2011). *Barómetro Sanitario*. [https://www.sanidad.gob.es/en///estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2011\\_total\\_marginales.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en///estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf)
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). *Barómetro Sanitario*. <https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/Globales/8813/es8813mar.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2019). *Barómetro Sanitario*. <https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/Globales/8819/es8819mar.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2022). *Barómetro Sanitario*. [https://datos.cis.es/pdf/Es3357mar\\_A.pdf](https://datos.cis.es/pdf/Es3357mar_A.pdf)
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2022). *Barómetro Sanitario: Primera oleada. Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas*. [https://datos.cis.es/pdf/Es3357sd\\_A.pdf](https://datos.cis.es/pdf/Es3357sd_A.pdf)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>



- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (2000). *Observaciones finales N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0Im7PSVXMfHFwmmAh7InP4ZBh3ANy280fe0RSRnFc5bB4tabiSqjctBmFopveyZF2>
- Cruz Roja Española. (2019). *La vulnerabilidad social y la salud de las personas atendidas por Cruz Roja* (Informe Núm. 18). Boletín sobre vulnerabilidad social. <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boletin+Cruz+Roja+N+18.pdf/aad233f8-4391-a4b7-b2b5-ff63624a7543?t=1574859459619>
- Dalli, M. (2019). *Acceso a la asistencia sanitaria y derecho a la salud: el sistema nacional de salud español*. Tirant lo Blanch.
- Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada. (2019). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (Informe Núm. 8). Cáritas Española Editores. [https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/Informe-FOESSA-2019\\_web-completo.pdf](https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/Informe-FOESSA-2019_web-completo.pdf)
- García-Gómez, P., Mora, T. y Puig-Junoy, J. (2018). Does 1 euro per prescription make a difference? Impact of a capped low-intensity pharmaceutical co-payment. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(3), 407-414. <https://doi.org/10.1007/s40258-018-0382-x>
- Hernández de Troya, M. V. (1998). *La prestación farmacéutica del sistema nacional de salud* (Tesis inédita de doctorado). Universidad Complutense de Madrid. <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/D/1/D1043801.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2021*. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2021.pdf)
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986) [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499)
- Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021. (BOE núm. 341, de 31 de diciembre de 2020) [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17339](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17339)
- López Anierte, M. C. (2017). El régimen de copago de la prestación farmacéutica. En M. B. García Romero y M. M. de la Peña Amorós (eds.), *Cuestiones actuales de la prestación farmacéutica y los medicamentos* (pp. 93-112). Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1zgwk6n.6>
- Martínez-López, J. A. y Martínez-Gayo M. J. (2019). Implicaciones del aumento del copago farmacéutico en España: una nueva privación material. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 26(81), 1-21. <https://doi.org/10.29101/crcs.v26i81.10327>
- Puig-Junoy, J., Rodríguez-Feijoó, S. y López-Valcarcel, B. (2014). Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: Changes in the number of dispensed prescriptions. *Applied Health Economics and Health Policy*, 12(3), 279-287. <https://doi.org/10.1007/s40258-014-0097-6>
- Puig-Junoy, J., García-Gómez, P. y Casado-Marín, D. (2016). Free medicines thanks to retirement: impact of coinsurance exemption on pharmaceutical expenditures and hospitalization offsets in a national health service. *Health economics*, 25(6), 750-767. <https://doi.org/10.1002/hec.3182>



- 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. (BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>
- Rodríguez-Feijoó, S. y Rodríguez-Caro, A. (2021). El copago farmacéutico en España tras la reforma del año 2012 desde la perspectiva del usuario. ¿Evidencias de inequidad? *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.009>
- Rubio-Valera, M., Marqués-Ercilla, S., Peñarrubia-María, M. T., Urbanos-Garrido, R. M., Borrell, C., Bosch, J. y Aznar-Lou, I. (2021). Who suffers from pharmaceutical poverty and what are their needs? Evidence from a Spanish region. *Frontiers in pharmacology*, 12. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-32742/v1>
- Saludas, J. M. L. (2013). Efecto de los copagos en la sanidad: teoría y evidencia. *Boletín económico de ICE, Información Comercial Española*, 3035, 43-52. <http://www.revistasice.com/index.php/BICE/article/view/5256/5256>
- Simó Miñana, J. (2015). Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. *Atención Primaria*, 47(10), 669-673. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.010>
- Sinnott, S. J., Buckley, C., David, O., Bradley, C. y Whelton, H. (2013). The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 8(5), e64914- e64914. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064914>
- Thomson, S., Cylus, J., Evetovits, T. y Srakar, A. (2019) *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vilaplana Prieto, C. (2017). La reforma del copago farmacéutico en España. En M. B. García Romero y M. M. de la Peña Amorós (eds.), *Cuestiones actuales de la prestación farmacéutica y los medicamentos* (pp. 113-138). Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1zgwk6n.7>