

La copagabilidad de un fármaco

Publicado en Periódico Diagonal (<https://www.diagonalperiodico.net>)

Hace un par de semanas el Ministerio de Sanidad (Servicios Sociales e Igualdad) anunció que iba a instaurar un [copago del 10% en 42 medicamentos de dispensación hospitalaria](#) (con un tope por fármaco de 4.2€).

Las consideraciones técnicas y jurídicas están muy bien explicadas en el post de Miguel Ángel Máñez "[Haciendo caja: el nuevo copago](#)", así como el porqué de su difícil aplicación en el corto plazo.

Unos días más tarde ya han aparecido diversas noticias que hablan de retrasar la introducción de este copago [hasta 2014](#) o [sine die](#), pero queremos aprovechar esta medida para plantear algunas reflexiones cuya ausencia en el debate público nos ha sorprendido...

La "copagabilidad" de un fármaco.

Si definiéramos la "copagabilidad" como la capacidad de un fármaco para que se instaurara un copago determinado sobre él, deberíamos preguntarnos qué características intrínsecas y extrínsecas de dicho fármaco son las que determinan esta variable.

En términos generales, un copago puede establecerse por dos motivos (a grandes rasgos): para incrementar la recaudación o para disminuir el uso del medicamento -en teoría, el uso inapropiado, aunque eso daría para otros miles de artículos-. Decir que se introduce un copago por afán recaudatorio es difícil de vender de cara a la opinión pública en una sanidad financiada por impuestos, porque da la sensación de que no se está realizando una correcta gestión de los ingresos fiscales y que se busca complementarlos mediante un impuesto a la enfermedad (recordemos que el copago de medicamentos no deja de ser un impuesto sobre la enfermedad, que puede ser más o menos dañino según su diseño); por ello, lo más habitual -y lo que han hecho en los últimos años nuestros gobernantes- es decir que existe un consumo desmesurado de medicamentos ("un abuso") por parte de la población y que por ello se han de imponer copagos para disminuir el consumo. *[algunos comentarios sobre los efectos de los diferentes copagos sobre el consumo de medicamentos y las consecuencias de las -atolondradas- decisiones del gobierno en materia de política farmacéutica los podéis encontrar en el texto ["Desbarajuste farmacológico"](#)]*

En la situación actual, los copagos establecidos sólo se aplican a los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia, de modo que el lugar de dispensación es un factor clave para que un fármaco sea copagable o no. La reacción en los medios de comunicación, las sociedades científicas y las redes sociales alrededor del copago planteado por el gobierno ha sido la de rechazarlo porque **"se va a hacer pagar el tratamiento a pacientes con cáncer"**.

Es ahora cuando nos hacemos algunas preguntas (1):

¿por qué es más copagable la insulina que el diabético compra en la oficina de farmacia que el quimioterápico de dispensación hospitalaria para consumo ambulatorio? ¿más allá del argumento "cancer-like" qué justifica que el copago se establezca en función del lugar de dispensación en vez de en función de la renta del individuo?

¿somos conscientes de que generalmente el paciente que consume medicamentos de dispensación hospitalaria también toma medicación copagable en la oficina de

farmacia?

Es comprensible que haya quien vea en esta medida una "apertura de puerta" para la entrada de nuevos copagos en los puntos de asistencia, pero si pensamos las oficinas de farmacia como unos agentes más del sistema sanitario, lo que deberíamos temer realmente es que los copagos en general -con independencia de su lugar de aplicación- introduzcan inequidades que lleven a la disminución de la adherencia a los tratamientos, al empobrecimiento de la población que se ve sometido a ellos y a la conversión de la enfermedad en un factor de inestabilidad económica añadida (más allá de las dificultades laborales que pueda suponer per se).

Los copagos gravan la enfermedad, ya sea la dispensación del medicamento en el hospital o en la oficina de farmacia. Algunos copagos pueden hacer que se disminuya el consumo de ciertos medicamentos de bajo valor terapéutico y cuyo no consumo no tendría efectos negativos en la población (en la línea de los llamados "copagos evitables"; recomendamos ver [los vídeos que colgamos hace unos años en este post](#)).

(1) Hemos leído algunos argumentos del tipo "es que los tratamientos que se usan en el hospital suelen ser más caros" -el copago tiene un tope, así que ese aspecto no es generador de inequidad extra por sí mismo- o "es que costaría más ponerlo en marcha que lo que se recaudaría" -eso se arregla incrementando la cuantía del copago (jeje)- que no nos han acabado de convencer como argumentos de oposición a este copago concreto.

Etiquetas:

[política farmacéutica](#), [copago](#)