

EDITORIAL

Copago en la Farmacia de Hospital

M.^a Jesús Lamas Díaz, Olga Delgado Sánchez y José Luis Poveda Andrés

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

El coste de la sanidad

A la máxima asumida de que *la salud no tiene precio* hay que añadir que *la sanidad tiene un alto coste* que hay que pagar, y que este pago lo hacemos entre todos. El que la asistencia sanitaria sea un derecho universal no implica que sea un derecho gratuito. Hasta aquí estamos de acuerdo.

La sanidad pública se paga entre todos mediante impuestos sobre la renta, cotizaciones y otros impuestos, como el impuesto del valor añadido a las compras. Esta forma de pago se realiza de forma distributiva: pagan más los que más cotizan respecto de los de menor renta, y también pagan más los sanos que los enfermos.

Cuando utilizamos un servicio sanitario, gran parte del gasto que generamos ya se ha pagado, y en ese momento no hay que pagar nada; en algún caso se paga una pequeña parte del coste mediante un «copago» por parte del paciente, cargo que, en este caso, recae sobre las personas enfermas.

Es sabido que las prestaciones gratuitas y sin conocimiento del precio puede disminuir la eficiencia debido a la falta de conciencia del coste que generan, y a generar un uso o consumo excesivo. En este sentido, el copago puede constituir una herramienta más que puede contribuir a la mejora de la eficiencia en algunos casos.

Desde aquí no se pretende juzgar si el copago sanitario es adecuado o no como sistema de financiación y eficiencia, sino analizar lo que implica su implantación en la dispensación de medicamentos en la Farmacia de Hospital, valorar qué aporta y a qué consecuencias conlleva, abriendo así un debate imprescindible en este momento

ante la publicación de la Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario¹.

Análisis de su finalidad

Los mecanismos de copago en los servicios públicos, cumplen *tres finalidades* básicas²:

1. *Racionalizar el consumo* de determinados bienes y servicios públicos cuya oferta sea escasa o insuficiente para atender la demanda.
2. Proporcionar información sobre las *preferencias individuales* y la valoración de servicios.
3. Instrumento de *financiación* adicional de los servicios públicos.

¿Cumple el copago en la Farmacia de Hospital alguna de estas tres funciones? En nuestra opinión, no.

El posible efecto disuasorio que puede suponer el copago en la Oficina de Farmacia tiene escasa justificación en los medicamentos dispensados en la Farmacia de Hospital.

Esto se traduce en que no hay *riesgo moral* en las enfermedades graves objeto de nuestras consultas de farmacia, si no en el uso rutinario y no grave de la sanidad. Si no hay riesgo moral, no hay justificación para reducir la gratuidad a favor del copago².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.jesus.lamas.diaz@sergas.es (María Jesús Lamas Díaz)

Los medicamentos disponibles en los hospitales se someten, previamente a su utilización, a una evaluación exhaustiva y participativa de la evidencia que avala su efectividad y su seguridad, de forma que se garantice la disponibilidad de los medicamentos de más alto valor terapéutico y en los que el beneficio coste/efectividad sea más favorable.

Aquí, la resolución no es acorde con el criterio para establecer el copago según la relación coste/efectividad, considerando que el copago debe ser nulo para los medicamentos considerados esenciales y muy efectivos, y elevado para los medicamentos nuevos y más caros, pero igualmente efectivos que los primeros. Los medicamentos de dispensación en la Farmacia de Hospital están claramente entre los primeros.

Más bien al contrario, el copago puede considerarse una medida que puedan dificultar el acceso e imponer barreras al tratamiento, lo que sólo conllevará a una disminución de la adherencia a los tratamientos que invariablemente significará disminución o falta de eficacia, no logrando el objetivo de la salud que se pretende con la prescripción farmacológica.

Los medicamentos afectados son medicamentos de alto impacto económico que están sujetos a criterios de utilización según protocolos clínicos del hospital. Preocupa que la implantación del copago influya en la implantación y seguimiento de protocolos o algoritmos de tratamiento, modificando los estrictos principios de la Medicina Basada en la Evidencia por factores como el copago que deba aportar el paciente. En este caso, se priorizarían alternativas terapéuticas que carezcan de copago frente a otras líneas de tratamiento de mayor coste para el sistema sanitario; por ejemplo, la administración de terapias intravenosas en vez de medicamentos orales, o la utilización de un medicamento biológico más costoso frente a otro afecto por el copago, pero igualmente eficaz y de menor coste para el Sistema Público de Salud.

El uso eficiente de estos medicamentos se basa en disponer de criterios estrictos de prescripción, seguimiento y control de los mismos, así como en la prevención de efectos adversos, establecimiento de criterios de fallo terapéutico y de retirada de tratamientos que se establecen en las Comisiones de Farmacia y Terapéutica conjuntamente con los Servicios Clínicos, pero no en el copago por parte de los pacientes.

Uno de los criterios más comunes de diferenciación a la hora de establecer una aportación es el *tipo de problema de salud* para el que se indica el tratamiento farmacológico, pero este aspecto no se ha tenido en cuenta en la resolución que conlleva la aplicación del copago de forma discriminada en medicamentos utilizados en una misma patología, como los agentes biológicos; o aplicándose en una enfermedad infecciosa y no en otra. Este hecho crea problemas de inequidad, tanto por tipo de patología o tipo tumorales, como por medicamentos,

con el riesgo de que este hecho se utilice para el registro de medicamentos en condiciones que eviten el copago en los futuros registros. Es necesaria una revisión completa de los medicamentos dispensados en la Farmacia de Hospital en pacientes no ingresados a fin de establecer criterios homogéneos, no discriminatorios y que eviten la inequidad que conlleva la resolución.

La última razón que conlleva a la implantación del copago es la financiación adicional de la sanidad, pero el impacto que conlleva esta medida es ínfimo, estimándose en un 0,1% del gasto de medicamentos en el hospital.

Problemas de aplicabilidad

La aplicación de la resolución requerirá modificar los circuitos de atención a los pacientes en los hospitales. La resolución incorpora medicamentos tanto de Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto que los propios pacientes recogen y se administran en sus domicilios, como medicamentos que se administran en el propio hospital en unidades de Hospital de Día o gabinetes por parte del personal del hospital, en cuyo caso, no hay acto de dispensación. Se desconoce cómo será el circuito dispuesto, pero lo que sí es seguro es que aumentará el tiempo destinado a labores administrativas desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, penalizando la atención al paciente y las labores clínicas que lleven a la mejor selección del tratamiento.

La resolución no establece quién es el responsable del cobrar la aportación de los pacientes, y los Servicios de Farmacia Hospitalaria no están dotados para esta actividad. Se requiere la implantación de estructuras de cobro en un sistema público que no está habilitado para el mismo, lo que obligará a nuevas estructuras administrativas y de control durante el horario de atención a los pacientes.

Conclusiones

El derecho a la atención sanitaria debe estar unido a la asunción de responsabilidad individual relacionadas con la salud. La mayor protección social debe ir acompañada de la actuación responsable de los ciudadanos, en cuanto a evitar conductas de riesgo (tabaquismo, obesidad), o hacer un uso adecuado de los servicios (cumplimiento de tratamientos, acudir a citaciones programadas), y es importante obtener del paciente su participación y compromiso en el cumplimiento de los tratamientos, pero no deben sentir que la elección de la mejor opción terapéutica dependa de sus posibilidades económicas.

La selección de los tratamientos individuales, la elaboración de guías clínicas o protocolos terapéuticos, deben hacerse sobre la base de la Medicina Basada en la Evidencia y asumiendo la necesidad de buscar la máxima eficiencia; pero introducir las variables de «capacidad económica» del paciente, o «deseo por razones económicas» del paciente alteran el difícil equilibrio logrado hasta ahora en el manejo

de enfermedades tan complejas como las que son objeto del copago según esta resolución.

El copago en la Farmacia de Hospital no está justificado en su finalidad y presenta problemas importantes en su diseño y aplicabilidad. Las medidas que se tomen para mejorar el sistema sanitario en resultados en salud o financiación deberían ser medidas valoradas, contrastadas y basadas en un análisis serio de las consecuencias que derivan de las mismas.

Bibliografía

1. Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario
- (2) Puig-Junoy, J. ¿Quién teme al copago?: El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona, 2012. ISBN: 978-8415070-23-8.