

## **Perfil sociosanitario de los grupos definidos por el nuevo copago farmacéutico<sup>1</sup>**

**Cristina Vilaplana Prieto**

**Universidad de Murcia y FEDEA**

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el número de medicamentos recetados y la capacidad económica del paciente. Debido a la ausencia de una única base de datos que contenga toda la información necesaria, se ha procedido a enlazar la Encuesta Europea de Salud (2009) con la Encuesta de Condiciones de Vida (2010). La primera contiene información sobre estado de salud y consumo de medicamentos recetados, mientras que la segunda proporciona información económica relativa al año 2009, que ha servido como base para construir la base liquidable general y del ahorro. Este indicador es el que se utiliza para clasificar a los individuos en los grupos de copago definidos por el Real Decreto 16/2010, de 20 de abril. Los resultados indican que el grupo de pensionistas con base liquidable inferior a 18.000 euros anuales muestran los mayores porcentajes de consumo de 6-8 medicamentos, mientras que los grupos de pensionistas y de activos con base liquidable superior a 100.000 euros están concentrados en las categorías de 1 o 2 medicamentos. Adicionalmente, el gasto por cuenta del usuario en medicamentos excluidos de receta es significativamente superior entre los pensionistas con base liquidable inferior a 18.000 euros.

Código JEL: I18

Palabras clave: medicamentos, copago, gasto farmacéutico, receta

The aim of this paper is to analyze the relationship between the number of prescribed drugs consumed and patients' level of income. Due to the absence of a unique database that contained the required variables, we have linked two surveys: the European Health Survey (2009) and the Living Conditions Survey (2010). The first one contains information regarding health status and consumption of prescribed drugs, while the second one provides fiscal economic information for 2009, which is used to compute individual general net tax base. Afterwards, this indicator is used to classify individuals in the corresponding copayment groups established by the Royal Decree 16/2010, 20<sup>th</sup> April. Main results indicate that the pensioners whose tax base is lower than 18.000 euros/year are the highest consumers for the interval 6-8 prescribed drugs, while the group of pensioners whose tax base is above 100.000 euros/year are mostly concentrated in the categories of 1 or 2 prescribed drugs. Besides that, the expenditure in over-the-counter medicines is substantially higher among pensioners belonging to the lowest tax base interval.

JEL Code: I18

Keywords: copayment, cost-sharing, pharmaceutical expenditure, prescribed drugs

### **1. Introducción**

La implementación de mecanismos de contribución del usuario en el coste de las prestaciones sanitarias es una solución ampliamente conocida al problema de riesgo moral (Arrow, 1963; Rothschild y Stiglitz, 1976). El problema de riesgo moral, también conocido como “azar moral” o “acción oculta” se produce en situaciones de información asimétrica cuando una de las partes (agente) tiene más información que otra (principal). En este contexto, el agente puede tener incentivos a comportarse de forma inapropiada, por lo que las consecuencias de sus actos pueden suponer un perjuicio para el principal. En el área de la Economía de la Salud, el problema del riesgo moral puede surgir en situaciones en las que la participación del paciente en el coste del tratamiento es nula, de forma que el individuo tiene incentivos a demandar dicha prestación aunque el coste de la misma sea alto y el beneficio relativamente bajo. Como resultado del comportamiento del agente, el sistema sanitario o las compañías aseguradoras soportan un mayor gasto en prestaciones sanitarias.

Los mecanismos de participación del usuario en el coste del tratamiento, usualmente conocidos como copagos, más que una finalidad puramente recaudatoria, responden a un doble propósito: (1)

---

<sup>1</sup> Agradecimientos a la financiación recibida de los proyectos ECO2011-30323-C03-02 y ECO2011-28501.

concienciar al usuario de que las prestaciones sanitarias tienen un coste no nulo y (2) reducir, en la medida de lo posible, la demanda de prestaciones que no sean necesarias.

En España, el sistema de aportación de los pacientes en las prestaciones farmacéuticas se instituyó por primera vez en 1964, aunque entonces el copago era el mismo para pensionistas y para activos<sup>2</sup>. En 1976 se aprobó el Reglamento General del Mutualismo Administrativo<sup>3</sup>, y se estableció un sistema de aportaciones específico para los mutualistas, y dos años más tarde, en 1978 se introdujo la gratuidad de los medicamentos para los pensionistas de la Seguridad Social<sup>4</sup>. Posteriormente, el Real Decreto 1065/80, de 31 de julio, aumentó la aportación de las personas en activo al 40% y el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, estableció un tope del 10% para los enfermos crónicos. De tal manera, que el sistema de aportaciones del usuario quedó estructurado en los siguientes grupos:

- (i) Con carácter general, la aportación del paciente era del 40% del precio de venta al público en la oficina de farmacia.
- (ii) Un 10% sobre el precio de venta al público, siempre que el importe resultante no excediera de 2,64 euros por envase para enfermos crónicos y enfermos de SIDA.
- (iii) Exentos de aportación los pensionistas, personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica, así como los tratamientos derivados de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y los productos dispensados en centros asistenciales sanitarios.
- (iv) Para los mutualistas<sup>5</sup> la aportación normal era del 30% del precio de venta al público del producto dispensado, y sólo un 10% en productos de aportación reducida para pacientes crónicos (con el límite de 2,64 euros por envase), quedando exentos de copago los productos dietéticos y las tiras reactivas de glucemia.

Según la información estadística el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en los últimos años se ha producido una fuerte escalada del gasto farmacéutico. El número de recetas facturadas por el Sistema Nacional de Salud aumentó un 5,95% entre 2006-2007 y un 5,53% entre 2007-2008. En paralelo, el gasto farmacéutico a través de receta aumentó un 5,22% y 6,97% en los años mencionados (Tabla 1). Este crecimiento “desmesurado” que contrastaba con la caída del 3,6% del PIB en el año 2009, motivó la urgente promulgación del “Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo a la Seguridad Social”, mediante el cual se modificó el sistema de precios de referencia y se aprobó una disminución del precio de los medicamentos genéricos.

Poco después, el “Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público” revisó el precio de los medicamentos excluidos del sistema de precios de referencia y estableció la adecuación del número de unidades de los envases de los medicamentos a la duración

<sup>2</sup> Real Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, que regula la dispensación de especialidades farmacéuticas del Régimen General de la Seguridad Social.

<sup>3</sup> Decreto 843/1976, de 18 de marzo, que aprobó el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

<sup>4</sup> Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, por el que se da nueva regulación a la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas.

<sup>5</sup> Sección 6ª Prestación Farmacéutica del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

estandarizada de los tratamientos. El nuevo marco legal conllevó una menor tasa de crecimiento del número de recetas, 2,54% en 2009-2010 y 1,62% en 2010-2011 y una reducción del gasto farmacéutico (-2,38% y -8,78%, respectivamente). No obstante, en el conjunto del año 2011 se dispensaron 973.211.911 recetas y el gasto farmacéutico a través de receta ascendió a 11.135.402.976 euros (Tabla 1).

Una de las primeras señales de que las medidas aprobadas en 2010 no eran suficientes surgió en Cataluña, cuyo gasto en recetas ascendió a 1.682.548.317 € en 2011 (15,11% del total; el 2º en importancia por detrás de Andalucía). Apenas unos días después de las elecciones generales de noviembre de 2011, se publicó la noticia de que los usuarios deberían co-financiar el coste de los medicamentos. Inicialmente se comentó que dicha contribución consistiría en la aportación de un euro por receta, pero finalmente el “Projecte de llei de mesures fiscals i financeres i de creació de l'impost sobre les estades en establiments turístics” (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 10 de febrero de 2012) ha establecido una serie de exenciones. El artículo 37 establece que el hecho imponible será “la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación que se deban dispensar en oficinas de farmacia”, el sujeto pasivo será “la persona física a la que se le ha prescrito un medicamento o producto sanitario, documentado mediante receta médica u orden de dispensación”, la cuota de la tasa será “de un euro por receta u orden de dispensación”, aunque quedarán exentos los siguientes casos:

- (i) Perceptores de una pensión no contributiva o rentas mínimas de inserción.
- (ii) Medicamentos o productos sanitarios cuyo precio de venta al público sea inferior a 1,67 €, IVA incluido.
- (iii) A partir de la receta número 62 en el periodo de un año. Con esta última medida se intenta proteger a los enfermos crónicos, de forma que sólo contribuirían por las primeras 61 recetas.

A nivel nacional, la fuerte crisis económica y la obligatoriedad de reducir el déficit público ha llevado a los poderes públicos a llevar a cabo una estricta política presupuestaria en todos los ámbitos. El 6 de abril de 2012 se presentó el Proyecto de Presupuestos del Estado con un ajuste de 27.300 millones de euros respecto a los del 2011. Tres días después, el 9 de abril, se anunció que serían necesarios 10.000 millones más de ajustes en educación y sanidad para poder cumplir el objetivo de reducir el déficit del 8,5% al 5,3% a finales de este año. El 20 de abril se aprobaron en Consejo de Ministros dichos ajustes, que en materia sanitaria se han concretado en el “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”. El artículo 4.11 modifica de manera sustancial el sistema de participación del usuario en las prestaciones farmacéuticas:

- (1) Pensionistas de la Seguridad Social (a excepción de pensiones no contributivas): antes pagaban el 0%, mientras que ahora se enfrentan a un copago positivo:
  - (i) 10% con un máximo de 8 €/mes si tienen rentas inferiores a 18.000 € consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF

- (ii) 10% con un límite de 18 €/mes si tienen rentas superiores a 18.000 €, pero inferiores a 100.000 €, consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF
  - (iii) pagarán el 60% con un límite de 60 €/mes si tienen rentas superiores a 100.000 €.
- (2) Personas en activo (a excepción de familias numerosas): antes tenían un copago independiente del nivel de renta del 40%, mientras que ahora el copago puede ser:
- (i) 40% si tienen renta inferior a 18.000 € consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF
  - (ii) 50% si tienen rentas superiores 18.000 €, pero inferiores a 100.000 € consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF.
  - (iii) 60% si tienen rentas superiores a 100.000 €.
- (3) Parados de larga duración que no reciben ningún tipo de prestación y perceptores de rentas mínimas de inserción: antes tenían un copago positivo del 40%, y ahora el copago del 0%.
- (4) No tendrán copago los pensionistas no contributivos, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica.

No se ha modificado el régimen de copago de familias numerosas (40%), enfermos crónicos (10%) y mutualistas (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) (30%). Adicionalmente, el artículo 4.3 plantea, en el plazo de 6 meses, nuevos mecanismos de copago en la prestación ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente.

Con estas medidas se pretende lograr un ahorro de 3.550 millones de euros<sup>6</sup> (el 47,33% de los 7.500 millones de euros que se persigue ahorrar con este Real Decreto Ley, que también incluye otras medidas relativas a ordenación de la cartera de servicios y e-salud, ordenación de recursos humanos, constitución de una plataforma de compras y fortalecimiento del pacto sociosanitario).

Las reacciones no se han hecho esperar y son tan dispares como controvertidas<sup>7</sup>. Algunas organizaciones consideran que estas medidas ponen en peligro el Estado del Bienestar tal y como lo conocemos: “muchos pensionistas dejarán de tomar medicamentos que necesitan” (Foro de Pacientes), “los pensionistas quedarán condenados a elegir entre fármacos o alimentos” (Plataforma Social en Defensa del Estado del Bienestar), “creará una sanidad de ricos y otra de pobres” (Sindicato de Enfermería). En cambio, en opinión de la Organización Médica Colegial, “es una solución más de las muchas que se pueden barajar desde el punto de vista técnico para evitar el despilfarro sanitario”.

<sup>6</sup> <http://www.msps.es/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=2422>

<sup>7</sup> Información sobre noticias de prensa:

<http://www.europapress.es/epsocial/noticia-sindicatos-asociaciones-protestan-sanidad-recortes-implantacion-copago-jubilados-20120418163023.html>

[https://www.cgcom.es/noticias/2012/04/12\\_04\\_20\\_omc\\_copago](https://www.cgcom.es/noticias/2012/04/12_04_20_omc_copago)

A tenor de los datos de los últimos meses (Tabla 2), se aprecia que las nuevas medidas han surtido un rápido efecto. Entre julio y septiembre de 2012, el número de recetas ha disminuido un 14,79%, y el gasto farmacéutico en recetas se ha reducido un 23,31%<sup>8</sup>.

El objetivo de este trabajo es relacionar el nuevo copago farmacéutico con el consumo de medicamentos recetados. Para analizar esta cuestión es necesario disponer de datos sobre medicamento recetados y datos sobre rendimientos del trabajo y del ahorro que permitan calcular la base liquidable. No ha sido posible encontrar una única base de datos que aúne ambos requisitos. Si bien la Encuesta Europea de Salud (2009) contiene información sobre 19 medicamentos recetados, únicamente pregunta sobre los ingresos anuales del hogar. En cambio, la Encuesta de Condiciones de Vida (2010) contiene numerosas preguntas relativas a renta e ingresos individuales del año 2009. Para enlazar ambas encuestas se propone utilizar la metodología propuesta por Arellano y Meghir (1992). Una vez enlazadas ambas encuestas es posible relacionar las características demográficas y de salud de un individuo con su base liquidable, y por consiguiente, con el tipo de copago farmacéutico que debe soportar.

El hecho de desconocer el precio de los medicamentos recetados nos impide calcular el coste del copago para el usuario, pero en su limitación, sí podemos conocer el número promedio de medicamentos consumidos y si hasta el momento estaba realizando un gasto de su bolsillo en medicamentos (recetados o no). Además de esta cuestión, también se aborda el tema del copago en Cataluña, puesto que como en este caso, se trata de un impuesto de un euro por receta se procede a estimar el consumo anual de medicamentos, para de esta forma, analizar la incidencia del doble sistema de copago (el calculado sobre la base liquidable y el del euro).

La estructura del trabajo es la siguiente. En la sección 2 se repasa la principal literatura que ha analizado los efectos de diversos mecanismos de contribución del usuario sobre el consumo de medicamentos u otro tipo de asistencia sanitaria. En la sección 3 se describen ambas bases de datos (Encuesta Europea de Salud (2009) y Encuesta de Condiciones de Vida (2010)), se procede a la estimación de la base liquidable general y del ahorro, y se lleva a cabo el enlace entre ambas encuestas. En la sección 4, se obtiene la distribución de los diferentes tipos de copago entre la población y se analiza el perfil sociosanitario de cada grupo. En la sección 5, se obtiene la distribución del número de medicamentos consumidos por tipo de copago, tanto en España como en Cataluña, y también se estima el consumo anual de medicamentos en Cataluña por grupos de copago. Por último, la sección 6 concluye con una reflexión sobre los principales resultados.

---

<sup>8</sup> Durante todo el año 2012, las tasas de variación intermensuales de gasto farmacéutico en recetas han sido negativas, con la excepción del mes de junio (+3,18%), posiblemente debido a un “efecto acumulador” de medicamentos antes de que entrase el copago. De hecho, el número de recetas en el mes de junio creció un 10,11%.

## **2. Revisión de la literatura sobre copago farmacéutico**

En relación a la literatura que ha contrastado la efectividad de los sistemas de copago, la mayor parte se ha concentrado en el caso de la prestación farmacéutica. Foxman et al. (1987) y Soumerai et al. (1987) analizaron los efectos del copago farmacéutico sobre la demanda de prescripciones por parte de personas mayores residentes en Estados Unidos y concluyeron que se producía una disminución en el número de prescripciones de medicamentos tanto esenciales como no esenciales. Posteriormente, Landsman et al. (2005) y Goedken et al. (2010) también utilizaron una muestra de personas mayores de Estados Unidos, y observaron un aumento de la demanda de medicamentos genéricos y medicamentos dispensados sin receta. De todas formas, no se pueden generalizar las conclusiones observadas para un país. Así por ejemplo, McManus et al. (1996) analizó la demanda de medicamentos por parte de personas mayores en Australia, y constató que después de una disminución inicial, se producía un incremento en la demanda de medicamentos calificados como esenciales.

La introducción de mecanismos de copago puede perseguir otros fines diferentes a los de racionalización del consumo por parte del usuario. Por ejemplo, Costa y Gemmill (2010) estudiaron si la existencia de un copago podía evitar la utilización de medicamentos no apropiados, entendiendo como tales los que mostraban una elevada incidencia de efectos secundarios adversos (de acuerdo con una lista de principios activos elaborada por Beers et al., (1991)). Utilizando una muestra de personas mayores de Estados Unidos constataron que existía una relación significativa entre copago y disminución del uso de medicamentos “no apropiados”. No obstante, también apreciaron que la elasticidad-precio de los medicamentos “no apropiados” era menor que la elasticidad-precio de los medicamentos en general, por lo que ante un aumento en el coste soportado por el paciente la propensión a reducir el consumo de los primeros era inferior a la propensión a reducir el consumo total de medicamentos.

Además de que el copago pueda servir para concienciar al paciente del verdadero coste de los medicamentos, y así reducir el problema de riesgo moral, también se pueden generar algunos efectos colaterales positivos. Winkelmann (2004) observó que en Alemania, la imposición de un copago farmacéutico había provocado una disminución del número de prescripciones, pero también una reducción del 10% afluencia de pacientes a las consultas de atención primaria. Por lo tanto, en este caso se produjo una doble reducción del gasto sanitario: en farmacia y en atención primaria.

No obstante, algunos autores han llamado la atención sobre los posibles efectos adversos derivados de la implantación de un sistema de copago. Entre los primeros trabajos se encuentran el de Roemer et al. (1975) y Manning et al. (1987) que alertan sobre el hecho de que todo el ahorro conseguido a corto plazo puede desvanecerse en el largo plazo. La interrupción de tratamientos médicos, a consecuencia del copago soportado por el consumo de medicamentos, puede revertir en un empeoramiento del estado de salud y en un aumento de la demanda de tratamientos más intensivos (y costosos) en el largo plazo. Esta hipótesis fue en cierto sentido corroborada por Xin et al. (2006) y Chernew et al. (2008). En el primer caso, Xin et al. (2006) estudiaron el efecto del copago sobre medicamentos en Canadá. En el sistema canadiense el usuario debe contribuir con una cantidad fija por cada

medicamento hasta un cierto tope anual. La contribución máxima del usuario depende del nivel de renta. El cálculo de las elasticidades reveló la existencia de una relación de complementariedad entre medicamentos y visitas al servicio de urgencias (exentas de copago en Canadá): un incremento de un 1% en el precio del medicamento provocaba una disminución en el número de prescripciones (entre el 0,11% y 0,20%) y un aumento del número de consultas a emergencias (entre 0,04% y 0,06%). Por su parte, Chernew et al. (2008) analizaron el efecto del copago sobre pacientes crónicos (con diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva) en Estados Unidos. Sus resultados indicaron que la introducción del copago reducía la probabilidad de continuidad en el tratamiento, especialmente en pacientes con escasos recursos económicos. En concreto, ante un aumento de la aportación del usuario de \$14-\$15, la probabilidad de no continuar con la medicación aumentaba entre un 2,9% y un 5,4%.

Tan controvertido como la decisión de introducir mecanismos de contribución del usuario sobre el coste de los medicamentos, lo es la decisión sobre si dicho copago debe ser o no permanente. ¿Qué ocurriría en caso de suprimir un mecanismo de contribución del usuario. ¿Se produciría un aumento repentino de la demanda de medicamentos? Cohen et al. (2010) estudiaron los efectos de la supresión del copago farmacéutico en Gales. Para ello, compararon la demanda de diferentes grupos terapéuticos en Gales (después de la abolición del copago) y en el Noroeste de Inglaterra (en donde sí se mantenía el copago). Los resultados indicaron un leve aumento de la demanda solamente en algunos grupos terapéuticos y llevaron a los autores a concluir que la sensibilidad de los pacientes ante modificaciones del copago era asimétrica, puesto que las reducciones del copago podían tener un menor impacto en la demanda de prescripciones que aumentos de cuantía equivalente.

Es evidente que sólo han transcurrido cuatro meses desde el inicio del nuevo sistema del copago, y que no hay datos suficientes para replicar alguno de los estudios comentados en esta revisión de la literatura. Sin embargo, aunque no podemos conocer la conducta después de copago de los agentes económicos, sí que es posible profundizar en otros aspectos: (1) si las personas con un mayor consumo de medicamentos están sometidas a un porcentaje de copago mayor o menor; (2) si hay alguna relación entre grupos de copago y el gasto farmacéutico que realizaban antes de que comenzase el sistema (en medicamentos recetados o no); (3) qué grupo de copago es el que se va a ver más afectado por el establecimiento de el copago de un euro por receta en Cataluña y (4) si hay alguna relación entre consumo de medicamentos por grupos de copago y demanda de otros servicios sanitarios.

### **3. Descripción de fuentes estadísticas y construcción de variables**

La estimación de los efectos de la implantación de mecanismos de participación del usuario en el coste de la prestación farmacéutica es complicada por cuanto implica disponer de datos sobre el consumo de medicamentos y de la renta por habitante. Así, por ejemplo, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (2008; INE) y en el Barómetro Sanitario (2010; MSSSI) y la Encuesta de Presupuestos Familiares se conoce la renta mensual del hogar, pero no el consumo de medicamentos. La fuente de información más reciente sobre prestaciones farmacéuticas, así como de asistencia médica y hospitalaria, es la Encuesta Europea de Salud (2009; MSSSI). Sin embargo, sólo se conoce el importe

de los ingresos mensuales mensual del hogar, y el porcentaje de no respuesta para esta variable es bastante elevado (18,38%). Para disponer de una estimación de la renta individual se propone enlazar dos bases de datos: la Encuesta Europea de Salud (2009) y la Encuesta de Condiciones de Vida (2010)<sup>9</sup>. Se trata de un ejercicio novedoso porque hasta el momento, no se tiene conocimiento de que se haya llevado a cabo el enlace de ambas encuestas. Para ello, se propone seguir el procedimiento desarrollado por Arellano y Meghir (1992), los cuales unieron el “Labor Force Survey” y el “Family Expenditure Survey” de Reino Unido con el fin de combinar datos de renta y de búsqueda de empleo.

### **3.1. La Encuesta Europea de Salud**

La Encuesta Europea de Salud (EES (2009)) fue llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con el objetivo de proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera comparable a nivel europeo. Consta de dos fases. En la primera, se seleccionó una muestra de 22.186 hogares y se recogió información socioeconómica general de todos ellos (composición del hogar, edad y sexo de los miembros, fuentes de ingresos, relación con la persona de referencia). En la segunda fase se recogió información de una única persona de 16 ó más años, seleccionada de forma aleatoria dentro del hogar (39.061 personas entrevistadas). Este cuestionario individual constaba de las siguientes partes:

- (1) Características sociodemográficas de la persona seleccionada (edad, sexo, estado civil, nacionalidad, estudios, relación con la actividad económica, situación profesional, tipo de contrato)
- (2) Módulo de estado de salud (enfermedades diagnosticadas, accidentes, limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, estado físico y mental)
- (3) Módulo de asistencia sanitaria (hospitalizaciones, consultas de atención primaria, atención especializada o dentista, atención de enfermería o fisioterapia, servicios a domicilio, pruebas médicas preventivas, consumo de medicamentos recetados)
- (4) Módulo determinantes de salud (índice de masa corporal, consumo de frutas y verduras, actividad física, entorno ambiental y social, consumo de tabaco, alcohol y drogas)

En la EES (2009) se pregunta al entrevistado por el consumo de medicamentos recetados durante las dos últimas semanas. Se distinguen 19 especialidades farmacológicas: (1) asma, (2) bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar, (3) hipertensión arterial, (4) reducir el colesterol en sangre, (5) otras enfermedades cardiovasculares (infarto cerebral, ataque cerebro-vascular), (6) dolor en articulaciones (artrosis, artritis), (7) dolor en cuello o espalda, (8) dolor de cabeza o migrañas, (9) otro dolor, (10) diabetes, (11) síntomas alérgicos (eccema, rinitis, fiebre del heno), (12) problemas de estómago, (13) cáncer (quimioterapia), (14) depresión, (15) tensión o ansiedad, (16) pastillas para dormir, (17) antibióticos, (18) hormonas anticonceptivas, (19) pastillas para la menopausia.

---

<sup>9</sup> Se utiliza la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2010, porque en ella se pregunta por los ingresos



Utilizando esta información se han elaborado las Tablas 3 y 4. El 50,59% de la población de 16 y más años declara estar consumiendo algún medicamento recetado durante las últimas dos semanas. Aproximadamente el 60% de las personas que consume al menos un medicamento son mujeres y el 40% hombres. La edad media se encuentra en 52,54 años. En cuanto al número de medicamentos consumidos, el 37,98% sólo consume uno, el 23,76% consume dos, el 14,37% consume tres, el 10,19% consume cuatro, y hay un 13,7% restante que consume cinco o más medicamentos. Entre los grupos que consumen 6, 7, 9 u 11 medicamentos aumenta considerablemente el porcentaje de mujeres (más del 80%) y también aumenta la edad promedio (más de sesenta años).

Los grupos terapéuticos más consumidos son hipertensión arterial (35,16%), para combatir el dolor en las articulaciones (25,69%), para el dolor en cuello o espalda (21,52%) y para reducir el colesterol (21,14%). En los grupos de medicamentos para ansiedad, pastillas para dormir y antibióticos, el porcentaje de mujeres es superior al 70%. Los grupos de medicamentos con consumidores de más edad son enfermedades cardiovasculares (71,02 años), diabetes (65,65 años) y dolor en las articulaciones (62,94 años).

### **3.2. La Encuesta de Condiciones de Vida**

La Encuesta de Condiciones de Vida (2010) (ECV (2010)) ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística con el objetivo de disponer de una fuente de referencia sobre estadísticas comparativas de la distribución de ingresos y la exclusión social en el ámbito europeo. Consta de una Ficha de Hogar en la que se recogió información sobre los miembros del hogar a partir de una muestra de 17.449 hogares, con un total de 37.026 personas entrevistadas. Adicionalmente se completó, un Cuestionario Individual sobre actividad, renta personal, salud, educación y experiencia profesional. Para este estudio, sólo se ha seleccionado a los entrevistados de 16 y más años (31.307). Para calcular la base liquidable ha sido necesario seguir un proceso en tres etapas. Primero, determinar qué individuos están obligados a presentar la declaración del IRPF. Segundo, determinar la base imponible, y finalmente calcular base liquidable general y del ahorro. En relación al primer punto, el artículo 96 de la Ley 35/2005 y artículo 61 del Reglamento<sup>10</sup>, establecen los límites de rendimientos del trabajo, capital mobiliario e inmobiliario por debajo de los cuales no se está obligado a declarar. La ECV (2010) no proporciona información sobre todos los conceptos necesarios para poder calcular si se está obligado a declarar, pero en su lugar, contiene una variable referida a si el individuo ha presentado o no declaración correspondiente al ejercicio 2009. Para la estimación de la base imponible, la muestra se ha reducido al conjunto de individuos que presentaron la declaración del IRPF en el ejercicio 2009.

---

del año anterior (2009).

<sup>10</sup> (1) Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, y (2) Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero.

Para la estimación de la base imponible se han seguido cuatro pasos.

- (1) Rendimientos del trabajo: se calcula como la suma de los siguientes conceptos: (i) Renta bruta monetaria del asalariado, (ii) Renta bruta no monetaria del asalariado; (iii) Prestaciones por desempleo; (iv) Prestaciones de jubilación; (v) Prestaciones por supervivencia; (vi) Prestaciones por enfermedad; (vii) Rentas recibidas de planes de pensiones privados
- (2) Rendimientos de actividades económicas: que aparecen recogidas en el concepto “Beneficios o pérdidas monetarios brutos de trabajadores por cuenta ajena”
- (3) Rendimiento neto: (1)+(2) – cotizaciones sociales
- (4) Rendimiento neto reducido: (4) – reducciones que aparecen en la siguiente tabla

Tabla A. Reducciones para el rendimiento neto reducido

Rendimiento neto positivo	Importe de la reducción
9.180 euros o menos	4.080 euros
Entre 9.180,01 y 13.260 euros	4.080 - [0,35 x (RNT - 9.180)]
Más de 13.260 euros	2.652 euros

RNT: rendimiento neto del trabajo. Fuente: Artículo 20.1 de la Ley 35/2005

- (5) Rentas del ahorro: dentro del concepto “Intereses, dividendos y ganancias de inversiones de capital”

La base imponible se obtiene como la suma del rendimiento neto reducido (4) más las rentas del ahorro (5). Por último, el artículo 50 de la Ley 35/2006 señala que la base liquidable es el resultado de aplicar ciertas reducciones a la base imponible. Con la información disponible sólo es posible identificar las siguientes reducciones: (i) Por unidad familiar monoparental; (ii) Por aportaciones a sistemas de previsión social; (iii) Reducción por pensiones compensatorias (las que son a favor del cónyuge y las anualidades por alimentos)

No se pueden identificar las reducciones por “aportaciones a sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad”, por “cuotas de afiliación y aportaciones de partidos políticos”, por “aportaciones a mutualidades de previsión social para deportistas profesionales”.

Para verificar que la estimación de la base liquidable general y del ahorro se puede utilizar como un indicador fiable sobre el que construir la distribución de los grupos de copago, se ha recurrido a las Estadísticas de la Agencia Tributaria sobre el IRPF11 del año 2009. Desafortunadamente, la información disponible en la página web no identifica la distribución de la base liquidable con los mismos valores del copago (menos de 18.000, de 18.000 a 100.000, más de 100.000), así que se

<sup>11</sup>[http://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos\\_Comunes/La\\_Agencia\\_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpf/2009/home.html](http://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpf/2009/home.html)

tabulado la distribución obtenida en la Encuesta de Condiciones de Vida de la misma forma en que lo hace la Agencia Tributaria.

Tabla B. Comparación de la distribución de la Base Liquidable general y del ahorro (2009)

	<b>Agencia Tributaria</b>	<b>Encuesta de Condiciones de Vida</b>	<b>Diferencia AT-ECV</b>
Hasta 12.000	37,99 %	39,30%	-1,31
De 12.000 a 21.000	27,70%	28,46%	-0,76
De 21.000 a 60.000	30,49%	29,72%	0,77
De 60.000 a 150.000	3,37%	2,13%	1,24
Más de 150.000	0,45%	0,39%	0,06
Total	100,00%	100,00%	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas de la Agencia Tributaria.

Se que el porcentaje de declaraciones pertenecientes a los niveles de renta más elevados es mayor en las estadísticas de la Agencia Tributaria (3,37% frente a 2,13% para una base liquidable general y del ahorro de entre 60.000 y 150.000 euros). Una posible justificación es que con los datos de la ECV (2010) no ha sido posible calcular las rentas inmobiliarias imputadas (dentro de la renta general) y las ganancias o pérdidas patrimoniales derivadas de la transmisión de elementos patrimoniales (dentro de la renta del ahorro).

### **3.3. Enlace entre encuestas.**

La EES (2009) contiene información sobre consumo de medicamentos, pero sólo reporta la renta anual del hogar. En cambio, la ECV (2010) contiene numerosas preguntas relativas a ingresos y rentas del entrevistado durante al año 2009. Como el indicador utilizado para determinar el porcentaje de copago que corresponde pagar a cada individuo se calcula en función de la base liquidable general y del ahorro, ha sido imprescindible combinar ambas bases de datos. Para enlazar la EES (2009) y la ECV se ha seguido la metodología propuesta por Arellano y Meghir (1992).

La Tabla 5 muestra las variables que se han utilizado para enlazar las encuestas. Para que el enlace sea válido es preciso que la codificación de las mismas sea igual en ambas encuestas. Como variables explicativas de la base liquidable, y al mismo tiempo variables comunes en ambas encuestas se utilizan 13 grupos de variables: la Comunidad Autónoma de residencia (CCAA), edad (EDAD), sexo (SEXO), nacionalidad (NACIO); composición del hogar (HOGAR), número de adultos (NUM\_ADUL), relación actual con la actividad económica (ACT), estado civil (ECIVIL), nivel de estudios terminados (ESTUDIOS), situación profesional (SIT\_PROF), tipo de contrato (CONT), jornada laboral (JORN) y actividad del establecimiento (NACE). En la Tabla 6 se muestran las medias de cada variable en ambas encuestas, pudiéndose apreciar un elevado grado de coherencia en la mayor parte de las variables.

Adicionalmente, se realiza un test de compatibilidad entre ambas encuestas en donde la variable dependiente es una variable continua que exista en ambas encuestas (NUM\_ADUL) sobre una serie de variables explicativas (CCAA, EDAD, NACIO, ESTUDIO, ACT, SIT\_PROF). Se llevan a cabo tres regresiones: (1) utilizando sólo la EES; (2) utilizando sólo la ECV y (3) utilizando ambas

encuestas (appended). A continuación se calcula un test de la F para determinar si las pendientes de ambas encuestas son similares.

$$F_{k, N_1+N_2} = \frac{(e'e - e_1'e_1 - e_2'e_2)/k}{(e_1'e_1 + e_2'e_2)/(N_1 + N_2 - 2k)}$$

Tabla C. Test de compatibilidad entre la EES (2009) y la ECV (2010)

	N	Regresores	Suma del cuadrado de los residuos
Sólo EES	39.061	37	$(e'e)=48.758,056$
Sólo ECV	31.307	37	$(e_1'e_{12})=36.559,707$
Ambas	70.368	37	$(e_2'e_2)=88,758,056$

El estadístico F toma un valor de 1,089. Como una F con (37,70.294) grados de libertad al 95% de confianza toma un valor de 1,41, no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de coeficientes entre encuestas.

Una vez que se ha calculado la base liquidable y se ha verificado la compatibilidad de las encuestas se procede a estimar con la ECV (2010) una regresión por mínimos cuadrados para la base liquidable:

$$BL = \alpha_0 + \alpha_1 CCAA + \alpha_2 EDAD + \alpha_{31} SEXO + \alpha_4 NACIO + \alpha_{51} HOGAR + \alpha_6 NUM\_ADUL + \alpha_7 ACT + \alpha_8 ECIVIL + \alpha_9 ESTUDIOS + \alpha_{10} SIT\_PROF + \alpha_{11} CONT + \alpha_{12} JORN + \alpha_{13} NACE$$

A continuación, aplicamos los coeficientes estimados a los valores de las correspondientes variables para cada individuo de la EES (2009).

#### **4. Perfil de cada uno de los grupos de copago**

La Tabla 7 muestra la distribución de la población de 16 y más años entre los grupos de copago. Antes de comentar los resultados es preciso matizar que con la información de la EES (2009) no ha sido posible identificar a todos los grupos de copago: personas que reciben una renta mínima de inserción, mutualistas ni familias numerosas. A pesar de todo, creemos que la clasificación obtenida puede constituir un valioso punto de partida para profundizar en la relación entre copago y consumo de medicamentos.

El 48,54% de los pensionistas y el 44,46% de los activos tiene una base liquidable inferior a 18.000 euros. El grupo más numeroso de activos y pensionistas es el que tiene una base liquidable comprendida entre 18.000 y 100.000 euros. Y el grupo con base liquidable superior a 100.000 euros es muy pequeño (1,34% en pensionistas y 2,98% en activos).

Dadas también las limitaciones anteriormente comentadas en la estimación de la base liquidable general y del ahorro se han realizado ejercicios alternativos de clasificación de la población en

grupos de copago en donde se ha desplazado la horquilla un 5% hacia arriba o hacia abajo. No se han obtenido variaciones significativas en la clasificación.

Una vez que se ha asignado a cada individuo de la EES el grupo de copago al que pertenece, se procede a analizar sus características (Tablas 8, 9 y 10). Además de las características sociodemográficas habituales (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, estudios, tipo de hogar), se analizan también variables relacionadas con el estado de salud, la demanda de prestaciones sanitarias y el consumo de medicamentos. El estado de salud está definido por la autovaloración del mismo, el número de enfermedades crónicas y el número de limitaciones motrices, en actividades básicas y en actividades del hogar<sup>12</sup>. La utilización de servicios sanitarios incluye atención primaria, especializada y hospitalaria. Como indicadores del consumo de medicamentos se considera el porcentaje que consume al menos un medicamento, el número promedio de medicamentos consumidos y el gasto (del propio bolsillo del entrevistado) en medicamentos<sup>13</sup>.

#### **4.1. Grupos de copago para jubilados**

La autovaloración del estado de salud de GC1 es la peor de todas, ya que un 56,1% considera que su estado de salud es regular, malo o muy malo, frente a sólo un 14,8% para GC3. Además de esto, dentro de GC1 confluyen otros factores: mayor edad (73 años), mayor porcentaje de personas que viven solas (21%) y mayor porcentaje de personas sin estudios (45,8%) o con estudios primarios (35,4%). En relación a la demanda de servicios sanitarios, el 43% de GC1 ha visitado a un médico de atención primaria durante las últimas cuatro semanas, mientras que el 45,6% de GC3 ha visitado a un especialista durante las últimas 4 semanas.

En cuanto consumo de medicamentos, el porcentaje que consume al menos uno es bastante similar entre GC1 y GC3 (superior al 80%), pero en promedio que consume un mayor número es GC1 (3,06 medicamentos), seguido por GC2 (2,76) y GC3 (1,41).

Al analizar el gasto del propio bolsillo del paciente en medicamentos (recetados o no) se aprecia un patrón divergente entre grupos. Mientras que GC3 muestra el mayor porcentaje de personas que han tenido que pagar todo o parte de un medicamento, son los pacientes de GC1 los que presentan

---

<sup>12</sup> Enfermedades crónicas: asma, bronquitis crónica o enfisema, infarto cardiaco, angina de pecho, hipertensión, infarto cerebral, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor de espalda crónico, diabetes, alergia, úlcera gástrica o duodenal, cirrosis o disfunción hepática, cáncer, migrañas o dolores de cabeza frecuentes, incontinencia urinaria, ansiedad crónica, depresión crónica, otros problemas mentales.

Limitaciones motrices: (1) usar dedos para agarrar objetos pequeños, (2) morder y masticar alimentos duros, (3) caminar 500m en terreno llano sin bastón ni otras ayudas, (4) subir o bajar un tramo de escaleras, sin bastón, barandilla o escalera, (5) agacharse y arrodillarse, (6) levantar y llevar 5 kilos durante al menos 10 metros.

Limitaciones en actividades básicas: (1) alimentarse, (2) vestirse y desvestirse, (3) ir al servicio, (4) ducharse o lavarse todo el cuerpo

Limitaciones para tareas del hogar: (1) preparar la comida, (2) utilizar el teléfono, (3) realizar compras, (4) tomar sus medicamentos, (5) realizar tareas domésticas ligeras, (6) realizar ocasionalmente tareas domésticas pesadas, (7) administrar su propio dinero.

<sup>13</sup> Se refiere a gastos en medicamentos que haya realizado la persona entrevistada (y que no hayan sido reembolsados posteriormente por una compañía aseguradora, MUFACE, MUGEJU...). En las tablas se

las mayores cifras de gasto (77,187 € y 55,287 €, según haya contestado negativa o afirmativamente a la pregunta sobre consumo de medicamentos recetados).

#### **4.2. Grupos de copago para activos**

La Tabla 9 muestra las características sociosanitarias de los tres grupos de copago para contribuyentes en activo (GC4, GC5 y GC6). Los contribuyentes que pertenecen a GC4 son los que reúnen un mayor porcentaje de personas de nacionalidad no española (14,9%), sin estudios primarios (13,2%) o solamente con estudios primarios terminados (21,4%). También son los que en mayor medida declaran que su estado de salud es regular, malo o muy malo (22,2%).

Los contribuyentes que pertenecen al GC6 son los de mayor edad (49,7 años), mayoritariamente son hombres (92,4%), declaran que su estado civil es casado (83,6%), cuentan con estudios superiores (95,4%) y el 91,6% considera que su estado de salud es bueno.

En cuanto a la demanda de servicios sanitarios, se aprecian ciertas particularidades. Primero, respecto a las hospitalizaciones, el 57,6% de los individuos del GC6 ha estado hospitalizado al menos una vez durante el último año. Segundo, el GC6 es el que en mayor medida ha consultado durante las últimas cuatro semanas a un médico de atención primaria (32,8%), aunque el número promedio de consultas durante las últimas 4 semanas es mayor para GC4 (1,449 consultas). Tercero, entre los que han acudido a un especialista durante las últimas cuatro semanas, el número promedio de consultas es superior en GC6 (2 consultas).

Respecto al consumo de medicamentos, el 75,2% del GC6 declara estar consumiendo algún medicamento recetado durante las últimas 2 semanas, seguido de un 42,6% para GC4 y un 37,6% para GC5. Entre los que consumen algún medicamento recetado, el mayor consumo promedio se encuentra en GC4 (2,293 medicamentos), y el menor corresponde a GC6 (1,828 medicamentos). En cuanto al gasto en medicamentos (del propio bolsillo del entrevistado), casi el 100% de los que contestaron que no consumían ningún medicamento recetado declaran que sí han efectuado algún gasto (en promedio 14-16 euros). Para aquellos que contestaron afirmativamente a la pregunta sobre consumo de medicamentos recetados, se observa que entre el 97,8% de GC6 el 64,3% de GC4 declaran que han realizado un gasto positivo. Resulta significativo que el mayor gasto promedio corresponda a GC4 (33 €/mes frente a sólo 10 €/mes para GC6).

#### **4.3. Grupos de copago para personas exentas de copago**

En GC7, que agrupa a las personas exentas de copago, se han diferenciado cuatro subgrupos: estudiantes (de 16 y más años), personas incapacitadas para trabajar, personas dedicadas principalmente a las labores del hogar y otras personas que reciben una ayuda pública o privada, pero que no realizan ninguna actividad económica.

---

distingue entre gastos de individuos que no habían declarado consumir medicamentos recetados y gastos de individuos que sí declararon consumir medicamentos recetados.

El grupo de estudiantes es el más joven (31,4 años) y el de incapacitados o personas dedicadas a las labores del hogar el de más edad (48-49 años). Un 76% de los estudiantes y de las personas que se encuentran en “otra situación” declara que forma parte de un hogar formado por una pareja con algún hijo menor de 25 años. En cambio, cerca de un 50% de las personas dedicadas a las labores del hogar declara que está casada (69,2%) y que forma parte de un hogar constituido por una pareja con o sin hijos mayores de 25 años. En relación al estado de salud, las personas incapacitadas para trabajar son las que consideran en mayor medida que su estado de salud es regular, malo o muy malo (47,3%).

Respecto a la demanda de servicios sanitarios, el porcentaje que ha estado hospitalizado al menos una vez durante el último año es muy bajo en todos los subgrupos. Para la atención primaria y la atención especializada, la mayor concentración de consultas se encuentra en el intervalo “hace más de 4 semanas, pero menos de un año”. A pesar de eso, entre los que sí han acudido a una consulta durante las últimas cuatro semanas, se aprecia una mayor frecuentación para el grupo de incapacitados para trabajar (1,675 consultas para atención primaria y 1,827 para atención especializada).

Pasando al consumo de medicamentos, el 59,1% de las personas incapacitadas y el 53,9% de las personas dedicadas a tareas del hogar declaran estar consumiendo algún medicamento recetado. El mayor número de medicamentos consumidos corresponde a los incapacitados (3,111 medicamentos). En relación a los gastos en medicamentos a cuenta del paciente, casi el 100% de los que respondieron que “no” consumían medicamentos recetados, sí que gastan en otros medicamentos (en promedio 17 €). Entre los que sí consumen medicamentos recetados, en torno a un 60% declara que tiene que pagar en promedio unos 40 € (con un máximo de 48 € para las personas incapacitadas).

## **5. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico**

Utilizando la información sobre número de medicamentos recetados consumidos por cada uno de los grupos de copago farmacéutico se procede a analizar las diferencias entre grupos. Se ha realizado este análisis para España y para Cataluña con el objeto de abordar cómo va a afectar el copago de un euro por receta a los consumidores de medicamentos catalanes.

### **5.1. España. Lista completa de medicamentos**

La Tabla 11 muestra la distribución porcentual del consumo de medicamentos dentro de cada grupo de copago. Para una mejor visualización, en el Gráfico 1 ofrece el porcentaje que consume uno, dos, de tres a cinco, de seis a ocho, o más de ocho medicamentos. Se observa que los mayores consumidores de medicamentos son los pensionistas de la Seguridad Social de menores ingresos (GC1), puesto que un 37,85% consume de 3 a 5 medicamentos, un 8,29% de 6 a 8 medicamentos y un 2,12% más de ocho medicamentos. En cambio, el 54,97% de GC2 y el 51,55% de GC3 consume solamente un medicamento.

También llama la atención el elevado consumo en GC7 (puede ser que influenciado por el grupo de personas incapacitadas), puesto que el 8,40% consume de 6 a 8 medicamentos y el 1,65% consume más de ocho medicamentos. En el extremo opuesto, las personas de GC6 manifiestan el menor consumo de medicamentos (17,18% sólo consume uno y el 82,82% consume dos medicamentos).

### **5.2. Cataluña. Lista completa de medicamentos**

En la Tabla 12 y Gráfico 2 se ha repetido el mismo análisis anterior, pero para el caso de Cataluña. A diferencia de la situación para el promedio de España, en Cataluña, los grupos que en mayor medida consumen sólo un medicamento se encuentran entre la población activa (54,62% para GC4, 49,31% para GC5 y 68,19% para GC6). Por otra parte, entre los que consumen de 3 a 5 medicamentos, el mayor porcentaje de consumidores se encontraba en GC1 para el caso España (37,85%), mientras que corresponde a GC2 (37,63%) y GC3 (45,96%) para Cataluña.

Por último, en el grupo que consume de 6 a 8 medicamentos hay una mayor concentración en GC1 y GC2 para Cataluña (para GC1: 8,29% en España frente a 9,39% en Cataluña; para GC2: 4,03% para España frente a 7,40% para Cataluña).

### **5.3. España. Lista simplificada de medicamentos**

De las 19 categorías contempladas para la definición de nuestro indicador de consumo de medicamentos, se estima que no todas corresponden a tratamientos continuos o prolongados en el tiempo, sino que pueden responder a procesos agudos o de corta duración. Por esta razón, se ha elaborado un segundo indicador de consumo de medicamentos en el que se han excluido 4 categorías (medicamentos para dolor en articulaciones, dolor en cuello o espalda, dolor de cabeza o migraña y antibióticos).

Este nuevo indicador responde exclusivamente a lo que son enfermedades crónicas (asma, diabetes, hipertensión) o procesos que requieren un tratamiento de larga duración (cáncer, pastillas para dormir, hormonas para la menopausia). Los resultados de la distribución de medicamentos se muestran en la Tabla 13 y Gráfico 3. Para todos los grupos de copago se observa que ha aumentado el porcentaje que sólo consume un medicamento. El mayor porcentaje de personas que toma de tres a cinco medicamentos se encuentra en GC1 (32,04%), seguido a cierta distancia por GC3 (23,84%) y GC7 (23,44%). Adicionalmente, un 3,68% de las personas pertenecientes al GC1 consume de 6 a 8 medicamentos.

### **5.4. Cataluña. Consumo anual de medicamentos**

Como en Cataluña se ha implementado un sistema adicional de copago de un euro por receta con un límite de 61 euros al año (a partir de la receta 62 ya no hay copago), se ha estimado el consumo anual de medicamentos para cada grupo de copago. Para ello ha sido necesario realizar varios supuestos: (1) Para cada una de los grupos terapéuticos se ha supuesto que una caja de medicamentos recetados contiene las dosis necesarias para un mes. Por tanto, a la lo largo de un



año, sería necesario consumir 12 cajas de dicho medicamento. Es cierto, que para una misma patología se pueden tomar varios medicamentos simultáneamente, pero con la información disponible en la EES (2009) no es posible saberlo. Por tanto, las cifras obtenidas se pueden interpretar como una cota inferior del consumo real de medicamentos. (2) Se han realizado dos estimaciones del consumo anual de medicamentos: una utilizando la lista completa (Tabla 14) y otra con la lista reducida (Tabla 15).

Los grupos de copago que muestran niveles de consumo anual más elevados, en el entorno de 60 medicamentos al año, son los de los pensionistas. Para GC1 y GC2, el porcentaje que consume 60 medicamentos al año es 5% y 5,57%, respectivamente. En estos mismos grupos, el porcentaje que consume 72 medicamentos es 1,10% y 1,05%, respectivamente, y resulta muy revelador que el porcentaje que consume más de 72 medicamentos al año es 21,33% y 5,98%, respectivamente.

Si atendemos al consumo anual, de acuerdo a la lista simplificada, comprobamos que todavía se mantiene un 6,31% de GC1 y 5,92% de GC2 que consume 60 medicamentos al año, aunque el porcentaje que consume más de 72 medicamentos se reduce sensiblemente (sólo 0,70% para GC1). Este cambio en la distribución de consumo indica que existe un elevadísimo consumo de medicamentos contra el dolor entre los pensionistas, y aunque consuman dichos medicamentos con regularidad durante todo el año, sí es posible que lo hagan varias veces al año (por ejemplo: en determinados momentos estacionales en los que puedan sufrir un repunte de dolores de artritis/artrosis).

## **6. Conclusiones**

El propósito de este trabajo ha sido analizar la relación entre el número de medicamentos recetados y la capacidad económica del paciente. Se trata de un objetivo complejo y ambicioso, y es preciso mencionar algunas de las limitaciones que no ha sido posible soslayar. En primer lugar, no ha sido posible estimar el copago soportado por cada usuario porque únicamente se conoce el número de medicamentos consumidos, y la categoría a la que pertenece cada uno de ellos. Dentro de cada categoría de medicamentos el rango de precios es variable, pero no se dispone de información sobre el precio de cada medicamento recetado. En segundo lugar, desde que se realizó la EES (2009), ha habido algunos medicamentos que han quedado excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud<sup>14</sup>. Por tanto, es posible que algún medicamento (incluido en las categorías definidas en la EES (2009)) ya no pueda ser adquirido con receta del Sistema Nacional de Salud<sup>15</sup>.

Al analizar el consumo de medicamentos por grupos de copago (GC1 a GC7) se han observado los siguientes hechos relevantes. Primero, el porcentaje de personas que consume al menos un

---

14 Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (publicada en el BOE de 17 de agosto de 2012). ⇒ Han quedado excluidos 417 medicamentos.

15 Por ejemplo: laxantes (Plantago Ovata, Emportal, Duphalac, Oponaf), vasodilatadores (Clinadil, Hydergina, Varson), circulación venosa (Venoruton), herpes (Aciclovir, Zovirax, Virherpes), pomadas anti-inflamatorias para dolores musculares (Dolotres, Flogoprofen, Feldegel, Calmatel, Voltarén Emugel),

medicamento recetado es superior en los grupos GC1 (82,2%) y GC3 (84,1%). Sin embargo, el número medio de medicamentos consumidos es superior en GC1 (3,061 medicamentos) y en el grupo de personas incapacitadas que se encuadra dentro de GC7 (3,111 medicamentos). El análisis de la distribución del número de medicamentos dentro de cada grupo de copago también arroja este mismo resultado. El mayor porcentaje de personas que consumen de 6-8 medicamentos se encuentra en GC1 (8,29%) y GC7 (8,40%), respectivamente, aunque al depurar la lista de medicamentos y excluir aquellos destinados a aliviar el dolor y tratar procesos infecciosos, dichos porcentajes se reducen a 3,68% y 1,80%, respectivamente. Los pensionistas incluidos en GC1 están sujetos a un 10% de copago, frente a las personas incapacitadas, que están exentas del mismo, por lo que el hecho de que el copago mensual se encuentre limitado a 8 euros/mes, reduce las posibilidades de que las personas de GC1 (que consumen casi tantos medicamentos como las personas incapacitadas) sufran un agravio comparativo respecto al grupo exento de copago.

Aunque no se ha podido estimar cuál sería la aportación en euros que debería afrontar en promedio cada grupo de copago, sí que se ha relacionado cada grupo de copago con el gasto (de su propio bolsillo) que actualmente ya estaba realizando el paciente. El grupo que hace frente a mayor desembolso personal es GC1 (77,187 euros si ha declarado que no consumía medicamentos recetados y 55,287 euros si ha respondido afirmativamente a dicha pregunta). Este desembolso puede estar justificado por la adquisición de medicamentos u otros productos terapéuticos que están excluidos de receta. En el párrafo anterior habíamos concluido que el tope máximo de 8 euros mensuales para GC1 actuaba como barrera para evitar un menoscabo en la situación económica del paciente. Sin embargo, sería recomendable vigilar si la progresiva exclusión de medicamentos puede resultar una carga demasiado onerosa para los pacientes de GC1.

Respecto a los contribuyentes en activo, el porcentaje de copago es creciente con el nivel de la base liquidable general y del ahorro (0%, 50%, 60%). Es cierto que una contribución del 60% sobre el precio del medicamento, puede parecer muy elevada, pero también se ha constatado que entre las personas que consumen al menos un medicamento, los pacientes de GC6 son los que menos medicamentos consumen de todos los grupos de activos (1,82 medicamentos).

Al relacionar los grupos de copago con el consumo de otras prestaciones sanitarias, se ha observado que los pensionistas incluidos en GC1 son las que presentan el mayor número de hospitalizaciones (1,483) y el mayor porcentaje de consultas de atención primaria durante las últimas cuatro semanas (43%). En cambio, el mayor porcentaje de consultas de atención especializada durante las últimas cuatro semanas corresponde a los pensionistas de GC3 (45,6%), mientras que GC6 ostenta el menor porcentaje (1%). Por el momento, la reforma del copago farmacéutico es la única que se ha llevado a cabo, aunque en otros países europeos sí que existe un copago por acto médico. Por tanto, ante un posible planteamiento de nuevos mecanismos de aportación del usuario, el hecho de relacionar los

---

mucolíticos (Motosal, Ambrolitic, Flumil, Mucosan, Acetilcisteina), anti-tusivos (Codeisan, Romilar, Paracodina, Toseina, Tosidrin), lágrimas artificiales (Acuolens, Liquifilm, Viscofresh, Siccafluid).

grupos de copago farmacéutico con otras prestaciones sanitarias puede constituir un punto de partida útil.

Adicionalmente, también se ha analizado la imposición de un euro por receta en Cataluña (con un tope de 61 euros al año). Al igual que para el promedio de España, hay una gran concentración de consumidores de 6-8 medicamentos en GC1 y GC2, sin embargo, el porcentaje es todavía mayor en Cataluña (9,39% para GC1 y 7,40% para GC2). Por otra parte, al estimar el consumo anual de medicamentos se aprecia que un 27,43% de GC1 y un 12,60% de GC2 consume 60 ó más medicamentos al año. Aunque estas cifras se reducen considerablemente al excluir medicamentos para el dolor y antibióticos (8,70% y 7,04%), parece cierto que estos grupos son los más vulnerables al nuevo copago por receta. Esta situación se torna más preocupante, cuando se comparan GC1 y GC2 con GC7, puesto que en este último el porcentaje que consume 60 o más medicamentos al año es del 32%, pero incluye a personas incapacitadas y otros receptores de pensiones no contributivas que se encuentran exentos de copago. Por tanto, y aunque sería necesario, conocer con mayor exactitud el número medicamentos consumidos para cada patología y el número de dosis de cada uno, habría que investigar si la confluencia del copago nacional (a pesar del tope de 8 euros y 18 euros para GC1 y GC2) con el copago catalán puede devenir en un problema para los pacientes a la hora de garantizar la continuidad de un tratamiento.

Como comentario final, el análisis de los mecanismos de aportación del usuario es un tema muy interesante y de plena actualidad, pero también altamente complejo, debido a la dificultad para estimar las magnitudes que se toman como referencia en la clasificación de los distintos grupos de copago. De cara al futuro, sería deseable que se realicen y publiquen nuevas encuestas (a ser posible, que reúnan en una misma, variables de ingreso apropiadas y de consumo de medicamentos), que permitan comparar la situación antes y después de la implementación del nuevo sistema de copago, con el objeto de determinar si se ha producido algún cambio significativo en el consumo de medicamentos. En cualquier caso, a la par que los poderes públicos deban procurar un consumo racional de medicamentos, deben salvaguardar ante todo la salud de los pacientes y velar por la igualdad de los ciudadanos.

## **Referencias**

- Arellano, A, Meghir, C. (1992). Female labour supply and on-the-job search: an empirical model estimated using complementary data sets. *Review of Economic Studies* 59, 537-557.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53: 941-973.
- Beck, R., Horne, J. (1980). Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Medical Care* 18, 787-806.
- Beers, M., Ouslander, j., Rollinger, I., Reuben, D., Brooks, J., Beck, J. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine* 151: 1825-1832.
- Chernew, M., Gibson, T., Yu-Isenberg, K., Sokol, M., Rosen, A., Fendrick, A., (2008). Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine* 23: 1131-1136.
- Cohen, D., Fasiful, M., Dunstan, F., Myles, S., Dyfrig, A., Routledge, P. (2010). Abolition of Prescription copayment in Wales: an observational study on dispensing rates. *Value in Health* 5: 675-680.
- Costa, J., Gemmill, M. (2011). Does cost sharing really reduce inappropriate prescriptions among the elderly? *Health Policy* 101: 195-208.
- Elofsson, S., Unden, A., Krakau, I. (1998). Patient charges: a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care. *Social Science Medicine* 46: 1375-1380.
- Foxman, B., Valdez, B., Lohr, K., Goldberg, G., Newhouse, J., Brook, R. (1987). The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population based randomized controlled trial. *Journal of Chronic Diseases* 40: 429-437.
- Goedken, A., Urmie, J., Farris, K., Doucette, W. (2010). Impact of cost sharing on prescription drugs used by Medicare beneficiaries. *Administrative Policy* 6: 100-109.
- Landsman, P. Yu, W., Liu, X., Teutsch, S., Berger, M. (2005). Impact of 3-tier pharmacy benefit design and increased consumer cost-sharing on drug utilization. *American Journal of Managed Care* 11: 621-628.
- Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A., Marquis, M. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 77, 251-277.
- McManus, P. Donnelly, N., Henry, D., Hall, W., Primrose, J., Lindner, J. (1996). Prescription drug utilization following patient co-payment changes in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 5: 385-392.
- Roemer, M., Hopkins, C., Carr, L., Gartside, F. (1975). Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. *Medical Care* 13: 457-466.
- Rothschild, M., Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-650.

- Soumerai, S., Avorn, J., Ross-Degnan, D., Gortmaker, S.(1987). Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid: effects on therapy, cost and equity. *New England Journal of Medicine* 317(9), 5150-556.
- Vardi, A., Freud, T., Sherf, M., Spilber, O., Goldbarb, D., Cohen, A. (2008). A co-payment for consultant services: primary care physicians' referral actualization. *Journal of Medical Systems* 32: 37-41.
- Winkelman, R. (2004). Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits: evidence from a natural experiment. *Health Economics* 13: 1081-1089.
- Xin, L., Guh, D., Lacaille, D., Esdaile, J., Annis, A. (2006). The impact of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: own and cross price elasticities. *Health Policy* 82: 340-347.

## Tablas

Tabla 1. Datos de facturación a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud

	Recetas facturadas del Sistema Nacional de Salud		Gasto farmacéutico a través de receta del Sistema Nacional de Salud	
	Número	Tasa de variación (%)	Euros	Tasa de variación (%)
2003	706.323.450	-	8.941.448.229	
2004	728.684.776	3,17	9.515.352.228	6,42
2005	764.634.203	4,93	10.051.331.767	5,63
2006	796.019.904	4,10	10.636.057.229	5,82
2007	843.367.704	5,95	11.191.128.315	5,22
2008	890.040.069	5,53	11.970.955.447	6,97
2009	934.002.083	4,94	12.505.692.910	4,47
2010	957.694.628	2,54	12.207.683.146	-2,38
2011	973.211.911	1,62	11.135.401.976	-8,78

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/home.htm>

Tabla 2. Evolución del número de recetas facturadas por el Sistema Nacional de Salud y del gasto farmacéutico a través de receta

	Recetas facturadas del Sistema Nacional de Salud			Gasto farmacéutico a través de receta del Sistema Nacional de Salud (euros)		
	2011	2012	Tasa de variación (%)	2011	2012	Tasa de variación (%)
Enero	83.972.434	84.018.466	0,05	980.354.093	905.110.128	-7,68
Febrero	80.265.155	82.087.903	2,27	942.556.281	878.511.174	-6,79
Marzo	86.317.086	86.429.766	0,13	977.290.846	941.804.006	-3,63
Abril	79.048.486	79.817.642	0,97	908.825.595	860.899.939	-5,27
Mayo	84.712.881	84.769.509	0,07	974.068.927	910.878.000	-6,49
Junio	81.769.232	90.033.715	10,11	950.293.087	980.516.367	3,18
Julio	78.592.230	67.435.637	-14,20	923.988.119	699.159.232	-24,33
Agosto	77.062.241	69.843.648	-9,37	894.353.485	714.783.700	-20,08
Septiembre	79.141.823	62.799.681	-20,65	910.609.093	678.883.352	-25,45
<b>Acumulado</b>						
Enero-Sept	730.881.568	707.235.967	-3,24	8.462.339.526	7.570.545.898	-10,54
Julio-Sep	234.796.294	200.078.966	-14,79	2.728.950.697	2.092.826.284	-23,31

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/home.htm>

Tabla 3. Distribución del número de medicamentos consumidos en España

	Consumo medicamentos		% de hombres	% de mujeres	Edad media
	N	%			
Consumo algún medicamento	19.761	50.59%	0.405	0.595	52.54
Número de medicamentos consumidos					
Uno	7.505	37,98	0,476	0,524	45,94
Dos	4.695	23,76	0,395	0,605	52,10
Tres	2.839	14,37	0,335	0,665	57,87
Cuatro	2.014	10,19	0,457	0,543	64,49
Cinco	971	4,91	0,249	0,751	64,84
Seis	669	3,39	0,147	0,853	66,61
Siete	464	2,35	0,109	0,891	55,43
Ocho	218	1,10	0,414	0,586	62,60
Nueve	79	0,40	0,153	0,847	65,84
Diez	220	1,11	0,488	0,512	47,41
Más de 10	87	0,44	0,087	0,913	70,01

Fuente: Elaboración propia a partir de la EES (2009)

Tabla 4. Consumo de medicamentos en España por grupos terapéuticos.

	Consumen		Distribución por sexo		Edad media
	N	%	% de hombres	% de mujeres	
Asma	1.344	6,80	0,427	0,573	46,35
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	1.010	0,51	0,468	0,532	59,68
Hipertensión arterial	6.948	35,16	0,430	0,570	66,44
Colesterol	4.178	21,14	0,545	0,455	63,69
Enfermedades cardiovasculares	3.093	15,65	0,513	0,487	71,02
Dolor articulaciones	5.077	25,69	0,267	0,733	62,94
Dolor en cuello o espalda	4.252	21,52	0,249	0,751	55,48
Dolor de cabeza	2.457	12,43	0,232	0,768	47,33
Otro dolor	3.796	19,21	0,362	0,638	47,78
Diabetes	2.258	11,43	0,510	0,490	65,65
Síntomas alérgicos	1.141	5,77	0,473	0,527	40,19
Problemas de estómago	3.465	17,53	0,367	0,633	57,56
Cáncer	349	1,77	0,403	0,597	50,88
Depresión	2.271	11,49	0,330	0,670	54,19
Ansiedad	2.674	13,53	0,275	0,725	51,74
Pastillas para dormir	3.844	19,45	0,255	0,745	62,88
Antibióticos	1.958	9,91	0,281	0,719	43,57
Pastillas anticonceptivas	900	4,55	0,000	1,000	26,40
Hormonas para la menopausia	256	1,30	0,000	1,000	55,89

Fuente: Elaboración propia a partir de la EES (2009)

Tabla 5. Identificación de variables en la Encuesta Europea de Salud (2009) y de la Encuesta de Condiciones de Vida (2010)

Variable	Encuesta Europea de Salud (2009)	Encuesta de Condiciones de Vida (2010)
CCAA	Comunidad Autónoma	Igual
Sexo	Hombre =1 Mujer = 0	Igual
Edad	Edad (años)	Se calcula como el año de la encuesta (2010) menos el año de nacimiento
Composición del hogar	1 = Hogar unipersonal 2 = Pareja sola, pareja con todos los hijos mayores de 25 años 3 = Pareja con algún hijo menor de 25 años 4 = Padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años 5 = otro tipo de hogar	Se ha adaptado la clasificación a la de la EES (2009): 1 = una persona (hombre de menos de 30 años, hombre de 30-64 años, hombre de 65 o más años, mujer de menos de 30 años, mujer de 30-64 años, mujer de 65 o más años) 2 = pareja sin niños económicamente dependientes (al menos uno de ellos mayor de 65 años); pareja sin niños económicamente dependientes (ambos menores de 65 años) 3 = pareja con un niño, dos niños, tres o más niños económicamente dependientes 4 = padre o madre solo con algún hijo económicamente dependiente 5 = otro tipo de hogar  Niños económicamente dependientes: menores de 18 años, de entre 18 y 25 años que son económicamente inactivos.
Número de adultos	Se ha calculado expresamente, puesto que se conoce el número de orden de cada individuo dentro del hogar.	Se pregunta directamente
Situación actual	1 = Trabajando 2 = En desempleo 3 = Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas 4 = Jubilado 5 = Incapacitado para trabajar 6 = Dedicado principalmente a las labores del hogar 7 = Otros 8 = No consta	Igual
Nacionalidad	1 = Español 0 = Extranjero	Igual
Estado civil	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Viudo 4 = Separado legalmente 5 = Divorciado	Igual
Nivel de estudios terminados	Se ha condensado la información de la EES, en los siguientes grupos: 0 = No sabe leer o escribir o tiene estudios primarios incompletos. 1 = Educación primaria o equivalente 2 = Educación secundaria de 1ª etapa 3 = Se distingue entre Bachillerato y Enseñanzas profesionales grado medio. 4 = Enseñanzas profesionales grado sup. 5 = Estudios universitarios y Doctorado.	0 = No está incluido en los apartados siguientes 1 = Educación primaria o equivalente 2 = Educación secundaria de 1ª etapa 3 = Educación secundaria de 2ª etapa (incluye formación e inserción laboral equivalente) 4 = Formación e inserción laboral que precisa de título de segunda etapa de secundaria 5 = Educación superior
Situación profesional actual	1 = Asalariado 2 = Empresario con asalariados 3 = Empresario sin asalariados, miembro de una cooperativa 4 = Ayuda familiar	Igual
Tipo de contrato actual	1 = Contrato laboral indefinido 0 = Contrato laboral de duración limitada	Igual
Jornada laboral	1 = Tiempo completo 0 = Tiempo parcial	Igual



Actividad del establecimiento (actual o de la última ocupación)	Clasificación NACE 2 dígitos 1 = Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca 2 = Industrias extractivas 3 = Industria manufacturera 4 = Suministro de energía eléctrica, gas, agua, gestión de residuos 5 = Construcción 6 = Comercio, reparación de vehículos 7 = Transporte y almacenamiento 8 = Hostelería 9 = Información y comunicaciones 10 = Act. Financieras y de seguros 11 = Act. Inmobiliarias 12 = Act. Profesionales y científicas 13 = Act. Administrativas 14 = Administración Seguridad Social 15 = Educación 16 = Act. Sanitarias y de servicios sociales 17 = Act. Artísticas y recreativas 18 = Otros servicios 19 = Hogares como empleadores de personal doméstico	Igual
-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables utilizadas para enlazar la Encuesta Europea de Salud (2009) y la Encuesta de Condiciones de Vida (2010)

	EES (2009)	ECV (2010)
<b>N</b>	39.061	31.307
<b>Comunidad Autónoma</b>		
Andalucía	0,182	0,176
Aragón	0,039	0,029
Asturias	0,032	0,024
Baleares	0,013	0,023
Canarias	0,075	0,045
Cantabria	0,020	0,013
Castilla y León	0,070	0,056
Castilla La Mancha	0,042	0,044
Cataluña	0,105	0,157
Comunidad Valenciana	0,115	0,108
Extremadura	0,013	0,024
Galicia	0,067	0,062
Madrid	0,094	0,137
Murcia	0,053	0,031
Navarra	0,021	0,013
País Vasco	0,050	0,048
La Rioja	0,004	0,007
Ceuta	0,003	0,002
Melilla	0,003	0,001
<b>Sexo</b>		
Hombre	0,490	0,490
Mujer	0,510	0,510
<b>Edad</b>		
16-24 años	0,187	0,101
25-34 años	0,220	0,182
35-44 años	0,170	0,202
45-54 años	0,139	0,173
55-64 años	0,109	0,130
65-74 años	0,088	0,102
75_84 años	0,066	0,082
85 y más años	0,020	0,027
<b>Número de adultos en el hogar</b>	3,250	2,641
<b>Tipo de hogar</b>		
Hogar unipersonal	0,066	0,085
Pareja sola, pareja con todos los hijos mayores de 25 años	0,278	0,253
Pareja con algún hijo menor de 25 años	0,440	0,285
Padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años	0,040	0,015

Otro tipo de hogar	0,177	0,361
<b>Nacionalidad</b>		
Nacionalidad española	0,879	0,913
Nacionalidad extranjera	0,121	0,087
<b>Estado civil</b>		
Soltero	0,409	0,316
Casado	0,492	0,564
Viudo	0,059	0,075
Separado	0,016	0,019
Divorciado	0,024	0,026
<b>Estudios terminados</b>		
Sin estudios primarios	0,156	0,053
Primarios	0,209	0,243
Secundarios 1ª etapa	0,203	0,246
Secundarios 2ª etapa	0,229	0,203
Formación e inserción laboral	0,054	0,054
Superiores	0,148	0,201
<b>Actividad económica</b>		
Trabajando	0,388	0,407
En desempleo	0,108	0,129
Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas	0,203	0,140
Jubilado	0,156	0,150
Incapacitado para trabajar	0,022	0,027
Dedicado principalmente a las labores del hogar	0,099	0,128
Otros	0,022	0,019
No consta	0,002	0,000
Las siguientes variables corresponden a las personas que han declarado estar trabajando (17.085 en EES; 25.677 en ECV)		
<b>Situación profesional</b>		
Asalariado	0,826	0,833
Empresario con asalariados	0,103	0,107
Empresario sin asalariados	0,058	0,062
Ayuda familiar	0,013	0,005
<b>Tipo de contrato</b>		
Contrato de duración definida	0,150	0,180
Contrato indefinido	0,607	0,636
No consta	0,243	0,184
<b>Tipo de jornada</b>		
Jornada completa	0,800	0,822
Jornada parcial	0,200	0,178
<b>Código NACE</b>		
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	0,034	0,042
Industrias extractivas	0,002	0,003
Industria manufacturera	0,096	0,138
Suministro de energía eléctrica, gas, agua, gestión de residuos	0,011	0,010
Construcción	0,063	0,008
Comercio, reparación de vehículos	0,107	0,081
Transporte y almacenamiento	0,033	0,138
Hostelería	0,039	0,052
Información y comunicaciones	0,022	0,064
Act. Financieras y de seguros	0,020	0,032
Act. Inmobiliarias	0,003	0,034
Act. Profesionales y científicas	0,051	0,006
Act. Administrativas	0,005	0,037
Administración Seguridad Social	0,060	0,037
Educación	0,032	0,090
Act. Sanitarias y de servicios sociales	0,044	0,075
Act. Artísticas y recreativas	0,010	0,076
Otros servicios	0,053	0,042
Hogares como empleadores de personal doméstico	0,000	0,032

Fuente: Elaboración propia a partir de la EES (2009)

Tabla 7. Distribución de los grupos de copago entre la población

Grupo de copago	Actividad económica	Copago	Porcentaje de la población
GC_1	Pensionistas de la Seguridad Social	10% con un máximo de 8 €/mes si tienen rentas inferiores a 18.000 €	9.51%
GC_2	Pensionistas de la Seguridad Social	10% con un límite de 18 €/mes si tienen rentas superiores a 18.000 €, pero inferiores a 100.000 €	9.82%
GC_3	Pensionistas de la Seguridad Social	60% con un límite de 60 €/mes si tienen rentas superiores a 100.000 €.	0.26%
GC_4	Activos	0% si tienen renta inferior a 18.000 €	22.35%
GC_5	Activos	50% si tienen rentas superiores 18.000 €, pero inferiores a 100.000 €	26.42%
GC_6	Activos	60% si tienen rentas superiores a 100.000 €.	1.50%
GC_7	Ni pensionistas de la Seguridad Social ni activos.	0%	30.13%
<b>Total</b>			100.00%

<b>Distribución de los pensionistas</b>	
GC_1	48,54%
GC_2	50,12%
GC_3	1,34%
<b>Total</b>	100%
<b>Distribución de los activos</b>	
GC_4	44,46%
GC_5	52,56%
GC_6	2,98%
<b>Total</b>	100%

La renta se refiere a la consignada en la casilla de la base liquidable y del ahorro de la declaración del IRPF.

Tabla 8. Características de los tres grupos de copago farmacéutico definidos para pensionistas

	GC_1	GC_2	GC_3
Actividad económica	Jubilado	Jubilado	Jubilado
Base liquidable general y del ahorro	Menos de 18,000	Entre 18,000 y 100,000	Más de 100,000 euros
<b>N</b>	<b>3.715</b>	<b>3.836</b>	<b>102</b>
<b>Características sociodemográficas</b>			
Edad	73,341	63,206	60,095
Sexo			
Hombre	0,490	0,599	0,467
Mujer	0,510	0,401	0,533
Tipo de hogar			
Hogar unipersonal	0,212	0,172	0,293
Pareja sola, pareja con todos los hijos mayores de 25 años	0,533	0,655	0,583
Pareja con algún hijo menor de 25 años	0,025	0,053	0,000
Padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años	0,007	0,004	0,000
Otro tipo de hogar	0,224	0,116	0,124
Nacionalidad			
Español	0,960	0,896	1,000
Extranjero	0,040	0,104	0,000
Estado civil			
Soltero	0,197	0,246	0,236
Casado	0,570	0,673	0,656
Viudo	0,197	0,023	0,068
Separado	0,016	0,013	0,005
Divorciado	0,020	0,045	0,035
Estudios terminados			
Sin estudios primarios	0,458	0,041	0,000
Primarios	0,354	0,163	0,021
Secundarios 1ª etapa	0,073	0,019	0,000
Secundarios 2ª etapa	0,091	0,104	0,084
Formación e inserción laboral	0,012	0,083	0,084
Superiores	0,012	0,083	0,811
<b>Estado de salud</b>			
Valoración personal del estado de salud			
Muy bueno	0,059	0,197	0,165
Bueno	0,380	0,488	0,687
Regular	0,346	0,269	0,123
Malo	0,158	0,035	0,025
Muy malo	0,057	0,011	0,000
Número de enfermedades crónicas	3,140	1,797	1,642
Número de limitaciones motrices	1,446	0,344	0,119
Número de limitaciones actividades básicas	0,328	0,283	0,188
Número de limitaciones para tareas del hogar	1,080	0,251	0,084
<b>Utilización de servicios sanitarios</b>			
Ha estado hospitalizado durante el último año	0,155	0,211	0,054
Número de hospitalizaciones durante el último año	1,483	1,255	1,294
Ha consultado al médico de atención primaria (AP)			
Durante las últimas 4 semanas	0,430	0,219	0,254
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,439	0,450	0,440
Hace más de un año	0,130	0,323	0,212
Nunca	0,002	0,008	0,094
Número de consultas de AP durante las últimas 4 semanas	1,391	1,397	1,318
Ha consultado al médico especialista (AE)			
Durante las últimas 4 semanas	0,141	0,102	0,456
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,460	0,400	0,179
Hace más de un año	0,351	0,429	0,290
Nunca	0,043	0,069	0,033
Número de consultas de AE durante las últimas 4 semanas	1,395	1,438	1,327

<b>Consumo de medicamentos</b>			
Consume algún medicamento recetado	0,822	0,656	0,841
Número de medicamentos recetados (sólo para los que consumen algún medicamento)	3,061	2,766	1,413
<b>Gasto en medicamentos (de su propio bolsillo)</b>			
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, aunque ha contestado “no” al consumo de medicamentos recetados	0,770	0,89	1,00
Gasto promedio mensual (euros)	77,187	14,384	15,120
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, y además ha contestado “sí” al consumo de medicamentos recetados	0,355	0,715	0,853
Gasto promedio mensual (euros)	55,287	20,708	26,765

Tabla 9. Características de los tres grupos de copago farmacéutico definidos para personas en activo

	GC_4	GC_5	GC_6
Actividad económica	Activo	Activo	Activo
Base liquidable general y del ahorro	Menos de 18,000	Entre 18,000 y 100,000	Más de 100,000 euros
N	8.731	10.321	585
<b>Características sociodemográficas</b>			
Edad	40,326	44,987	49,056
Sexo			
Hombre	0,512	0,483	0,924
Mujer	0,488	0,517	0,076
Tipo de hogar			
Hogar unipersonal	0,056	0,067	0,000
Pareja sola, pareja con todos los hijos mayores de 25 años	0,266	0,260	0,279
Pareja con algún hijo menor de 25 años	0,453	0,511	0,449
Padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años	0,041	0,041	0,072
Otro tipo de hogar	0,184	0,121	0,200
Nacionalidad			
Español	0,851	0,916	1,000
Extranjero	0,149	0,084	0,000
Estado civil			
Soltero	0,367	0,264	0,145
Casado	0,541	0,670	0,836
Viudo	0,041	0,014	0,014
Separado	0,020	0,021	0,000
Divorciado	0,032	0,030	0,005
Estudios terminados			
Sin estudios primarios	0,133	0,004	0,000
Primarios	0,214	0,071	0,000
Secundarios 1ª etapa	0,207	0,085	0,028
Secundarios 2ª etapa	0,247	0,204	0,005
Formación e inserción laboral	0,061	0,090	0,012
Superiores	0,138	0,546	0,954
<b>Estado de salud</b>			
Valoración personal del estado de salud			
Muy bueno	0,214	0,244	0,084
Bueno	0,564	0,642	0,916
Regular	0,159	0,102	0,000
Malo	0,042	0,009	0,000
Muy malo	0,021	0,004	0,000
Número de enfermedades crónicas	1,378	1,024	0,770
Número de limitaciones motrices	0,293	0,061	0,000
Número de limitaciones actividades básicas	0,057	0,005	0,000
Número de limitaciones para tareas del hogar	0,313	0,061	0,000
<b>Utilización de servicios sanitarios</b>			
Ha estado hospitalizado durante el último año	0,070	0,089	0,576
Número de hospitalizaciones durante el último año	1,328	1,113	1,000
Ha consultado al médico de atención primaria (AP)			
Durante las últimas 4 semanas	0,280	0,205	0,328
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,460	0,471	0,246
Hace más de un año	0,253	0,284	0,137
Nunca	0,007	0,039	0,288
Número de consultas de AP durante las últimas 4 semanas	1,449	1,343	1,000
Ha consultado al médico especialista (AE)			
Durante las últimas 4 semanas	0,122	0,122	0,010
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,381	0,447	0,838
Hace más de un año	0,411	0,357	0,147
Nunca	0,084	0,074	0,004
Número de consultas de AE durante las últimas 4 semanas	1,452	1,358	2,000

<b>Consumo de medicamentos</b>			
Consume algún medicamento recetado	0,426	0,376	0,752
Número de medicamentos recetados (sólo para los que consumen algún medicamento)	2,293	1,978	1,828
<b>Gasto en medicamentos (de su propio bolsillo)</b>			
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, aunque ha contestado “no” al consumo de medicamentos recetados	0,971	0,976	1,000
Gasto promedio mensual (euros)	14,027	16,734	-
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, y además ha contestado “sí” al consumo de medicamentos recetados	0,643	0,846	0,978
Gasto promedio mensual (euros)	33,435	24,370	10,366

Tabla 10. Características de los grupos de población exentos de copago farmacéutico

Actividad económica	Copago_7				
	Estud.	Inc.	L.H.	Otros	Total
<b>N</b>	<b>5.707</b>	<b>985</b>	<b>4.346</b>	<b>733</b>	<b>11.704</b>
<b>Características sociodemográficas</b>					
Edad	21,171	48,293	49,214	35,203	37,820
Sexo					
Hombre	0,517	0,504	0,294	0,514	0,453
Mujer	0,483	0,496	0,706	0,486	0,547
Tipo de hogar					
Hogar unipersonal	0,003	0,098	0,046	0,005	0,022
Pareja sola, pareja con todos los hijos mayores de 25 años	0,030	0,397	0,492	0,073	0,187
Pareja con algún hijo menor de 25 años	0,765	0,166	0,298	0,767	0,594
Padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años	0,078	0,039	0,014	0,039	0,055
Otro tipo de hogar	0,124	0,299	0,149	0,116	0,142
Nacionalidad					
Español	0,882	0,947	0,887	0,904	0,889
Extranjero	0,118	0,053	0,113	0,096	0,111
Estado civil					
Soltero	0,759	0,346	0,213	0,678	0,572
Casado	0,195	0,511	0,692	0,269	0,362
Viudo	0,030	0,076	0,062	0,038	0,042
Separado	0,007	0,029	0,014	0,010	0,011
Divorciado	0,009	0,038	0,019	0,005	0,013
Estudios terminados					
Sin estudios primarios	0,124	0,231	0,201	0,109	0,152
Primarios	0,152	0,256	0,277	0,181	0,196
Secundarios 1ª etapa	0,289	0,183	0,178	0,280	0,250
Secundarios 2ª etapa	0,271	0,188	0,185	0,251	0,240
Formación e inserción laboral	0,042	0,037	0,046	0,037	0,043
Superiores	0,121	0,105	0,113	0,142	0,119
<b>Estado de salud</b>					
Valoración personal del estado de salud					
Muy bueno	0,310	0,124	0,179	0,261	0,257
Bueno	0,526	0,399	0,511	0,578	0,517
Regular	0,107	0,251	0,206	0,094	0,143
Malo	0,035	0,160	0,072	0,033	0,054
Muy malo	0,022	0,066	0,033	0,033	0,029
Número de enfermedades crónicas	1,072	2,425	1,870	1,146	1,390
Número de limitaciones motrices	0,230	0,858	0,467	0,320	0,343
Número de limitaciones actividades básicas	0,060	0,293	0,083	0,077	0,082
Número de limitaciones para tareas del hogar	0,317	0,990	0,359	0,413	0,378
<b>Utilización de servicios sanitarios</b>					
Ha estado hospitalizado durante el último año	0,044	0,151	0,106	0,067	0,069
Número de hospitalizaciones durante el último año	1,092	1,367	1,346	1,254	1,396
Ha consultado al médico de atención primaria (AP)					
Durante las últimas 4 semanas	0,209	0,393	0,365	0,217	0,265
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,493	0,435	0,435	0,507	0,474
Hace más de un año	0,296	0,162	0,189	0,271	0,256
Nunca	0,002	0,009	0,010	0,005	0,005
Número de consultas de AP durante las últimas 4 semanas	1,440	1,675	1,395	1,507	1,448
Ha consultado al médico especialista (AE)					
Durante las últimas 4 semanas	0,110	0,176	0,132	0,114	0,121
Hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año	0,333	0,490	0,428	0,312	0,369
Hace más de un año	0,423	0,282	0,376	0,430	0,401
Nunca	0,133	0,048	0,063	0,144	0,109
Número de consultas de AE durante las últimas 4 semanas	1,358	1,827	1,484	1,294	1,436
<b>Consumo de medicamentos</b>					
Consume algún medicamento recetado	0,353	0,591	0,539	0,374	0,422



Número de medicamentos recetados (sólo para los que consumen algún medicamento)	2,227	3,111	2,652	2,335	2,466
<b>Gasto en medicamentos (de su propio bolsillo)</b>					
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, aunque ha contestado “no” al consumo de medicamentos recetados	0,971	0,918	0,957	0,982	0,966
Gasto promedio mensual (euros)	23,037	13,687	11,657	19,986	17,661
Ha gastado en medicamentos de su propio bolsillo, y además ha contestado “sí” al consumo de medicamentos recetados	0,684	0,462	0,533	0,640	0,607
Gasto promedio mensual (euros)	38,267	48,212	40,042	46,326	39,939

Estud: estudiando o en formación en prácticas no remuneradas

Inc: incapacitado para trabajar

L.H: dedicado principalmente a las labores del hogar

Otros: reciben ayuda pública o privada sin ejercer actividad económica alguna

Tabla 11. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. España  
Lista completa de medicamentos

Nº medic.	Tipo de copago						
	Copago_1	Copago_2	Copago_3	Copago_4	Copago_5	Copago_6	Copago_7
1	28,43	54,97	51,55	46,04	49,12	17,18	44,02
2	23,31	26,64	26,82	22,37	29,36	82,82	22,77
3	18,20	9,44	6,79	14,22	9,62	0,00	11,83
4	12,57	3,52	12,70	7,62	5,31	0,00	7,94
5	7,08	1,40	0,00	3,00	3,26	0,00	3,39
6	3,96	0,80	2,15	2,52	1,26	0,00	4,08
7	3,07	0,39	0,00	1,86	0,60	0,00	3,47
8	1,26	2,84	0,00	0,74	1,46	0,00	0,85
9	0,63	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,31
10	1,18	0,00	0,00	1,15	0,00	0,00	0,78
>10	0,31	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,55
	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Gráfico 1. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. España  
Lista completa de medicamentos

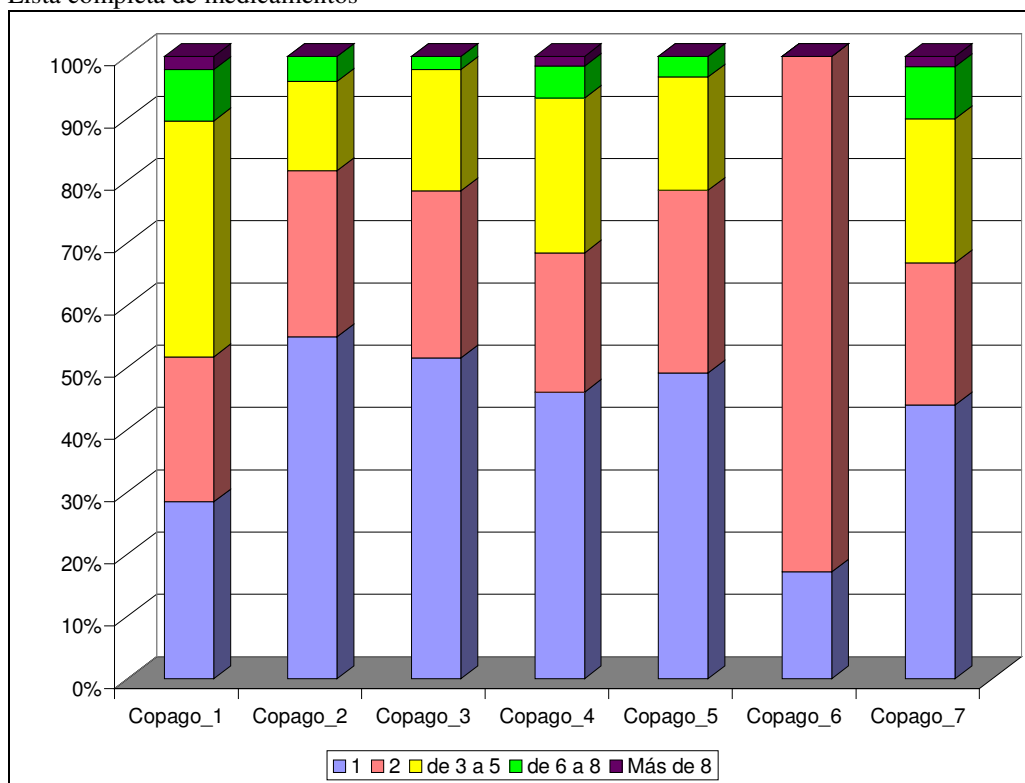


Tabla 12. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. Cataluña  
Lista completa de medicamentos

Nº medic.	Tipo de copago						
	Copago_1	Copago_2	Copago_3	Copago_4	Copago_5	Copago_6	Copago_7
1	29,96	28,88	21,05	54,62	49,31	68,19	42,28
2	29,89	25,65	32,99	28,78	36,62	31,81	24,54
3	12,96	18,54	0,00	8,72	8,28	0,00	10,53
4	9,09	10,43	45,96	4,26	1,91	0,00	10,50
5	8,15	8,67	0,00	0,99	1,28	0,00	3,42
6	6,00	4,48	0,00	1,30	0,85	0,00	4,31
7	2,57	1,67	0,00	0,18	0,37	0,00	2,02
8	0,82	1,25	0,00	0,49	1,38	0,00	1,71
9	0,56	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,34
10	0,00	0,44	0,00	0,35	0,00	0,00	0,36
>10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Gráfico 2. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. Cataluña  
Lista completa de medicamentos

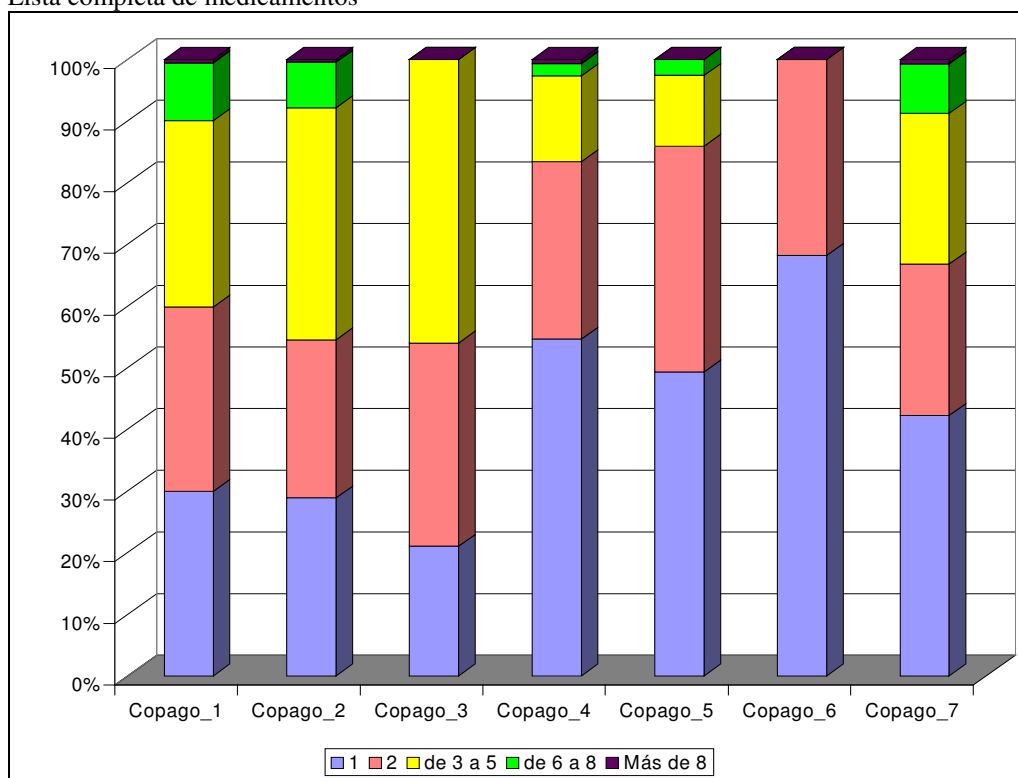


Tabla 13. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. España  
 Lista de medicamentos simplificada: excluidos “dolor en articulaciones”, “dolor en cuello o espalda”,  
 “dolor de cabeza o migrañas”, “otro dolor” y antibióticos.

Nº medic.	Tipo de copago						
	Copago_1	Copago_2	Copago_3	Copago_4	Copago_5	Copago_6	Copago_7
1	36,29	66,68	48,71	54,30	59,65	55,42	51,71
2	27,86	18,19	27,45	22,37	23,95	44,58	22,57
3	17,42	7,88	9,82	11,95	10,50	0,00	12,96
4	10,97	3,08	14,02	6,58	2,47	0,00	7,44
5	3,66	4,17	0,00	2,38	2,92	0,00	3,04
6	2,60	0,00	0,00	1,53	0,51	0,00	1,21
7	0,85	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,50
8	0,22	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,09
9	0,04	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,03
10	0,09	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,40
>10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05
	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000

Gráfico 3. Distribución del consumo de medicamentos por grupos de copago farmacéutico. España  
 Lista de medicamentos simplificada: excluidos “dolor en articulaciones”, “dolor en cuello o espalda”,  
 “dolor de cabeza o migrañas”, “otro dolor” y antibióticos.

