



LA RAZÓN HISTÓRICA. Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas. ISSN 1989-2659

Número 39, Año 2018, páginas 61-76. www.revistalarazonhistorica.com



Copago de medicamentos y debilitación de la ciudadanía social. Una reflexión crítica de los cambios legislativos en materia farmacológica.

Medication copayment and weakening of social citizenship. A critical reflection of the legislative changes in pharmacological matters.

Gema Martínez-Gayo.

Máster Universitario en Problemas Sociales y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED y Diplomada en Ciencias Empresariales por la Universidad de Oviedo (España)

José Ángel Martínez López.

Doctor por la Universidad de Murcia, Diplomado en Trabajo Social, Licenciado en Sociología y Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración. Máster en Problemas Sociales por la UNED y Profesor en la Universidad de Murcia (España).

Resumen. En el año 1967 se establece el sistema de copago farmacéutico de los medicamentos en España. Desde entonces se han realizado numerosas modificaciones que han afectado tanto al importe de copago, como a los medicamentos protegidos por la cartera de servicios. Sin embargo, las últimas reformas legales introducidas con la crisis económica hacen cuestionarse el papel protector del Estado de Bienestar en la actualidad. A través de este artículo realizamos una revisión teórica desde una perspectiva crítica con la intención de generar un debate sobre las implicaciones que tiene para la ciudadanía los

cambios legislativos introducidos en materia de copago farmacéutico y en el derecho universal a la salud.

Palabras Clave: salud, desigualdad, medicamentos, copago y Estado de Bienestar.

Abstract. In 1967, the pharmaceutical copayment system for medicines was established in Spain. Since then, numerous modifications have been made that have affected both the copayment amount and the medicines protected by the service portfolio. However, the latest legal reforms introduced with the economic crisis call into question the protective role of the Welfare State at present. Through this article, we conducted a theoretical review from a critical perspective with the intention of generating a debate on the implications for the public of the legislative changes introduced in terms of pharmaceutical copayment and the universal right to health.

Keywords: Health, inequality, medicines, copayment, Welfare State.

1. Introducción

El Estado de Bienestar a través de la conquista de los derechos sociales favorece la eliminación de las barreras entre ciudadanos de distintos estatus. Sin embargo, los mecanismos de redistribución social se encuentran muy apoyados por el empleo. En la medida que éste se vuelve precario e inseguro desaparecen los mecanismos de movilidad social. Un ejemplo de ello se puede observar en las reformas legislativas llevadas a cabo por el gobierno español tras el inicio de la crisis económica. Gran parte de estas medidas de corrección fiscal se centraron en limitar el gasto público en las partidas más sociales y de servicios a la ciudadanía, y por tanto restringían los derechos sociales, entre ellos, el derecho a la salud y a la prestación farmacéutica. Un incremento en la debilidad del Estado del Bienestar en un contexto de aumento del desempleo estructural en los países desarrollados dificulta la conquista de la ciudadanía social (Marshall, 1950).

Las reformas legislativas implementadas, desde el año 2012 hasta la actualidad, han supuesto un retroceso en los derechos sociales de la población española en relación a la atención sanitaria y en especial, en el acceso a los productos farmacéuticos no hospitalarios. Las reformas legislativas más importantes han sido 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 *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad* y el *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*.

Todas estas leyes han modificado sustancialmente el sistema previo de copago farmacéutico, incrementando las dificultades de la población de acceder a estos bienes de primera necesidad. Además, estos cambios normativos han coincidido en el tiempo con otras reformas legales en materia de protección social durante los más duros de la crisis económica. En este escenario económico y social, la ciudadanía ha visto incrementada sus dificultades de acceso a los productos farmacéuticos no hospitalarios, pudiendo poner en riesgo su salud, situación inaudita en el sistema de bienestar social español.

A través de este artículo pretendemos analizar cuestiones clave como: ¿el incremento del copago farmacéutico supone un ahorro evidenciado en una mejor racionalidad y gestión pública o, en cambio, expone a la población en situación de vulnerabilidad social a un deterioro en su salud por la privación en el acceso a estos bienes de primera necesidad? ¿Realmente el copago sanitario es un elemento desincentivador de los productos farmacéuticos superfluos? O por el contrario, ¿está dando lugar a una nueva pobreza sanitaria asociada al estatus económico? A través de esta investigación tratamos de dar respuestas a estos interrogantes derivados del análisis teórico.

2. La protección a la salud dentro del Estado de Bienestar en España

El Estado de Bienestar se inicia en España en los años ochenta justo cuando ya empezaba a ser cuestionado en los países desarrollados europeos. Con gran celeridad se implantó en todo el territorio español un sistema de protección a la salud avanzando que se ha ido consolidando en las décadas posteriores. Este sistema ha sido uno de los baluartes del sistema de protección social español y una seña de identidad dentro del contexto europeo.

El bienestar social está ligado al acceso a la atención sanitaria, así como a productos farmacéuticos que garanticen unos mínimos niveles de salud. Tanto en Europa, América Latina, como en el resto del mundo, se han desarrollado diferentes sistemas de protección farmacéutica ligadas a los distintos modelos de bienestar y la organización de sus sistemas de salud. España, al igual que otros países de su entorno comunitario, ha desarrollado un sistema de protección en materia de Seguridad Social sólido con extensión de derechos sociales, aunque se siguen apoyando en gran medida en la familia para poder dar respuesta a sus necesidades sociales. En general, el conjunto de países del sur de Europa han desarrollado

“un tipo de bienestar híbrido, construido a partir de la adaptación de piezas institucionales y lógicas políticas procedentes de otros modelos” (Guillén, González y Luque, 2016, p. 263).

La protección social en materia sanitaria en España goza de grandes garantías respecto a los países de la Unión Europea, al igual que ocurre con las pensiones.

La protección a los productos farmacéuticos tiene una responsabilidad pública y forma parte de las medidas que adoptan las Administraciones Públicas para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, recogido en la Constitución Española en su artículo 43. Por ello, la posible carencia de los productos farmacéuticos por razones económicas es un ejemplo de las dificultades actuales de los países más desarrollados para alcanzar la ciudadanía social (Marshall, 1950). En el contexto actual, independientemente del debate emergente sobre las patentes y productos genéricos dentro de la industria farmacéutica y su vinculación con el Estado,

“el acceso a los medicamentos esenciales es un derecho humano fundamental en la medida en que es un corolario del derecho humano a la atención sanitaria primaria y, por lo tanto, constituyen un bien público a nivel mundial” (Ausín, 2008, p. 341).

Además, destaca el hecho de que este fenómeno se está produciendo coincidiendo con un aumento de la precariedad laboral, con la reducción de salarios, con altas tasas de desempleo y de pobreza en la población española.

Sin embargo, en la regulación del mismo intervienen distintos actores sociales, sobre todo el Estado quien es el encargado de la regulación del mismo y las empresas farmacéuticas que establecen un valor del mercado. En ocasiones los intereses de unos y otros no van en la misma dirección.

“En cualquier caso, las empresas del sector farmacéutico y biotecnológico se muestran especialmente sensibles, ante sus decisiones de inversión, a la estabilidad política y a la posible predicción del entorno legal, lo cual lleva fácilmente a interpretar como incumplimiento de pactos implícitos las alteraciones del marco regulatorio” (Ortún, 2008, p. 116).

Las políticas económicas de austeridad y control del gasto público iniciadas con la crisis económica tienen su origen en el cuestionamiento ideológico del Estado de Bienestar y en la mayor influencia del pensamiento neoliberal en el conjunto de espacios sociales. Estos hechos están teniendo una importante repercusión en la configuración de políticas públicas, así como, en los derechos sociales consolidados en todos los ámbitos: educativo, social, económico, científico y, por supuesto, sanitario. En la actualidad, una de las limitaciones en el ejercicio de derechos más relevantes y que más implicaciones tiene para el conjunto de la población respecto a la política sanitaria son las restricciones económicas en materia de protección farmacéutica no hospitalaria. Las reformas legislativas en esta materia se han orientado hacia el incremento del copago sanitario y la exclusión de productos farmacéuticos que eran cubiertos en parte por el Sistema Nacional de Salud. Estos

cambios favorecen que el acceso a estos bienes esté determinado por la capacidad económica de los ciudadanos y, por tanto, se mercantiliza el acceso a la salud, pudiéndose generar un tipo de privación material, en este caso, farmacológica. En el caso español, estas políticas de consolidación fiscal afectan al citado ámbito de la salud, pero que se extienden su acción también a la educación o los servicios sociales, han acabado por afectar a las políticas sociales en su conjunto, las cuales aún adolecían de la madurez deseable (Guillén et al., 2017).

Podemos observar la existencia de una gran diversidad en la política farmacéutica tanto dentro de Europa como en América Latina. Por ejemplo, en Cuba

“la industria farmacéutica cubana no tiene fines lucrativos, y el proceso de adquisición de medicamentos es responsabilidad del Estado. Las decisiones sobre investigación y producción se basan en información epidemiológica” (Paladini, 2016, p. 11).

En otros países existen programas específicos de apoyo al acceso de los productos farmacéuticos. No obstante, se puede considerar que las distintas formas de regular el acceso a los medicamentos es un elemento nuclear ya que determina la gestión que se hace de los mismos. En este punto entran en juego diversos elementos como por ejemplo: el uso de patentes, utilización de productos genéricos, seguros privados, programas de ayuda a las personas más desfavorecidas, etc. Estos determinantes de la gestión identifican qué modelo de atención farmacéutica desarrolla cada país.

Esta preocupación por una mejora en el acceso a la salud y que, por tanto, garantice el bienestar de la población de una manera amplia también puede verse reflejado en un reciente estudio en América Latina y los países del Caribe donde se concluye que la

“provisión pública adecuada de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención reduce la pobreza y puede generar un alto impacto redistributivo. Cuando falla alguna instancia del ciclo de suministros, aparecen barreras en el acceso que siempre resultan mayores para los hogares más pobres, que terminan sin acceder al tratamiento farmacológico completo que se les ha prescrito o financiándolo con gastos de su propio bolsillo. Además, la posible discontinuidad del tratamiento puede aumentar los riesgos, tanto individuales como colectivos (por ejemplo alterando la resistencia de cepas de bacterias a antibióticos)” (Seiter, 2011, p. 3).

Por tanto, podríamos considerar que el acceso de la ciudadanía a los productos farmacéuticos bajo criterios de equidad supone democratizar el derecho de salud. De esta manera, este derecho se encuentra condicionado por los efectos de

diversos actores. Los gobiernos, por su parte, legislan y crean sistemas de atención farmacéutica bajo diferentes criterios y el mercado accede e interfiere en dicha gestión a través del establecimiento de patentes. Sin embargo, es el Estado el que ejerce una labor reguladora y es quien determina en última instancia el papel del mercado en la gestión de la atención farmacéutica, en la medida que organiza el acceso a determinados medicamentos bajo financiación pública.

La importancia que los fármacos, y el acceso a los mismos, tienen a la hora de asegurar la calidad de vida de la ciudadanía es difícilmente cuestionable. En este sentido, recientes estudios consideran los medicamentos como un bien de primera necesidad relacionados con la salud pública y enfatizan en la urgencia de establecer una regulación gubernamental que favorezca tanto “la seguridad, la eficacia y la calidad de los medicamentos” (Barata-Silva, Hauser-Davis, Oliveira y Costa, 2017, p. 7). Todo ello generaría un mayor control del Estado sobre el mercado en su responsabilidad de cubrir el derecho a la atención farmacológica, y por tanto, la privación material a los medicamentos no sólo tendría consecuencias en la esfera privada sino que correspondería a la pública, en la medida que vivimos interconectados con otros. El acceso a las vacunas es sólo un ejemplo pero ya tuvimos otros más relevantes en epidemias pasadas como la gripe española (1918-1919) o el SIDA a partir de los años 80. Otras investigaciones obvian dos aspectos clave en el análisis

“a) la naturaleza de bien de mérito de los servicios sanitarios y su relación con el principio de beneficio y b) los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud (o tipo Beveridge) se financian con los impuestos que pagan todos los ciudadanos y, obviamente, unos ciudadanos contribuyen más que otros” (Saludas, 2013, p. 48).

En el contexto europeo nos encontramos en un proceso de reconfiguración de la protección social siendo la atención sanitaria y en especial, el gasto farmacéutico uno de los genera mayor debate. La prolongada crisis y la necesidad de reducir el déficit fiscal de la mayoría de países desarrollados han hecho necesario rediseñar nuevas políticas que modifican los derechos adquiridos por la ciudadanía e incrementan las tendencias de desigualdad dando lugar una sociedad dual. Un ejemplo de este hecho es el copago establecido en España, el cual no se articula en base a numerosos intervalos de ingresos que puedan establecer un sistema de participación de los pacientes equitativo. Por tanto, se ha perdido esa posibilidad de configurar un sistema de copago que fuese consecuente tanto con la situación económica del país como con las capacidades reales de acceso de los ciudadanos según se capacidad económica.

“Mientras la globalización crea riesgos frente a fronteras nacionales cada vez más permeables, la protección social se convierte en un tema fundamental para la gestión y la participación en los procesos de integración política y económica” (Riggirozzi, 2015, p. 36).

3. Implicaciones de los cambios legislativos en el acceso a los medicamentos

Las últimas reformas legislativas en el ámbito sanitario español han aumentado los debates en torno al copago farmacéutico, el cual fue instaurado en 1967. Sin embargo, durante estos años aunque han existido modificaciones en este sistema, no se han producido unas reformas de tan alto calado como las que tuvieron lugar con la aprobación 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, Ley 28/2014, de 27 de noviembre¹ y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Estos sustanciales cambios normativos han venido acompañados de otras normas jurídicas dirigidas a la restricción del gasto y limitación de derechos en el conjunto de espacios sociales, especialmente, a partir de la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio².

Uno de los cambios más importantes introducidos por estas normas ha sido el incremento del sistema de copago para todos los niveles de renta suponiendo un aumento de la dificultad para acceder a estos productos por las personas que tienen menores ingresos económicos. La participación de los ciudadanos en el acceso a bienes y servicios derivados de la gestión de políticas públicas es un rasgo característico de los sistemas de protección social españoles y están presentes en el acceso a becas, gestión de prestaciones económicas de la dependencia, prestaciones económicas de apoyo a la familia dependientes de la Seguridad Social, etc.

En esta línea, debemos de tener en cuenta que algunos gastos sanitarios son especialmente progresivos en nuestro país, como el dedicado a la atención

¹ Ley 28/2014, de 27 de noviembre, por la que se modifican la Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido, la Ley 20/1991, de 7 de junio, de modificación de los aspectos fiscales del Régimen Económico Fiscal de Canarias, la Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales, y la Ley 16/2013, de 29 de octubre, por la que se establecen determinadas medidas en materia de fiscalidad medioambiental y se adoptan otras medidas tributarias y financieras

² Nota: A modo de ejemplo: Una persona en situación de dependencia, ha visto como su gasto farmacéutico por el mismo tratamiento en Enero de 2012 ha aumentado un 4,53 % en Enero de 2016.

primaria, pero tras los recortes se ha producido cierta pérdida de progresividad. En general,

“aunque se puede decir que la redistribución resultante del gasto sanitario es mayor que la que había a mediados de los años noventa, es menor que la estimada para el momento anterior a la crisis” (Foessa, 2014, p. 140-141).

Además, se ha excluido un porcentaje importante de medicamentos del catálogo sanitario, muchos de ellos para personas con patologías crónicas, lo que ha incidido en el incremento del precio de éstos. Sin embargo las personas que padecen enfermedades de larga duración no pueden prescindir de ellos y si se encuentran en situación de pobreza o dificultad social se incrementan sus carencias materiales.

También se estableció un copago mínimo para las personas pensionistas, suponiendo un hito dentro del sistema de protección social al tratarse de un colectivo altamente vulnerable. Por otro lado, se ha producido una subida del precio de los productos farmacéuticos al incrementarse el Impuesto sobre el Valor Añadido de estos bienes a través de las Leyes 7/2012 de 29 de octubre y 28/2014, de 27 de noviembre. Todo ello ha propiciado un incremento de la presión económica en la población para acceder a estos productos farmacéuticos.

Estas medidas de carácter económico dejan patente las diferencias en el acceso a la medicación de la población con menores ingresos y aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Ello no significa que el aumento del copago sanitario implique que la mayor parte de la población deje de consumirlos, sino que se produce una desincentivación en el acceso a los mismos. Además, para las personas con escasos ingresos supone un coste de oportunidad y ante el actual contexto económico y social puede que muchos de ellos decidan destinar su dinero a la cobertura de otras necesidades básicas y en segundo lugar al consumo de medicamentos, tal y como recoge un reciente estudio realizado a las personas en situación de dependencia (Martínez-López, Frutos y Solano, 2017). Las personas con un determinado nivel adquisitivo no tendrán problema para el acceso a los mismos, pero sí aquellas en situación de vulnerabilidad social.

Lo cierto es que la introducción de dichos cambios normativos se enmarcan dentro de una política presupuestaria que limita determinadas partidas importantes en materia de derechos sociales la ciudadanía. Estas políticas parecen seguir una tendencia común en los países europeos occidentales hacia la restricción del gasto público y la individualización de los riesgos sociales. Sin embargo, la disyuntiva en torno a la gestión del gasto sanitario no es una cuestión menor y en algunos países puede llegar a ser considerado un recurso de primera necesidad. Un informe de la OCDE (2015) destaca que

“las probabilidades de que los hogares con bajos ingresos reporten que no cubren sus necesidades de atención médica y dental por motivos financieros o de otra índole son de cuatro a seis veces más altas que las de los hogares con altos ingresos. En algunos países, como Grecia, el porcentaje de la población que reporta algunas necesidades médicas no cubiertas aumentó en más del doble durante la crisis económica” (p. 2).

Además, la presión en la salud farmacéutica por parte de la población más envejecida será cada vez mayor. El Estado de Bienestar se haya en la encrucijada de encontrar fórmulas que promuevan el progreso en relación a la atención a la salud sin que suponga una privación material el acceso a productos farmacéuticos por parte de las personas en situaciones de pobreza. Este es un reto similar al que se está produciendo en otros sistemas de protección social como el de atención a la dependencia en España, el cual podría denominarse *un modelo híbrido* ya que el Estado no ofrece una respuesta integral a estas personas y hace a las familias corresponsables del bienestar social (Martínez-López, 2017).

4. El acceso a la prestación farmacéutica en el actual contexto económica y social en España

Como hemos abordado anteriormente, en todos los países occidentales se están planteando, desde el ámbito de la gestión pública, las implicaciones de las restricciones de productos farmacéuticos en la población. En América Latina existen evidencias empíricas que indican cómo el quintil más pobre no accede a los medicamentos como las personas que se encuentran en una mejor posición económica (Mezones-Holguín, Solís-Condor, Benites-Zapata, Garnica-Pinazo, Marquez-Bobadilla, Tanteleán-del-Águila y Villegas 2014; Leyva-Flores, Erviti-Erice, Kageyama-Escobar y Arredondo, 1998). Por tanto, se puede decir que el derecho universal a la salud está condicionado por el acceso a los fármacos y en la medida en que éstos se vuelven limitados para gran parte de la población se desarrollan procesos de pobreza sanitaria que favorecen el aumento de la una polarización social.

Al igual que otros países de nuestro entorno, España se ha visto inmersa en varias crisis económicas, influenciadas por el devenir de la economía mundial. La última de ellas, iniciada en 2008, ha tenido una notable repercusión sobre la política social y el bienestar de los ciudadanos en los años posteriores. Durante esta última etapa el empleo se vuelto más precario, los ingresos derivados del trabajo son más escasos y ha aumentado la inseguridad laboral con mayor intensidad que otros países de nuestro entorno. También se observa el incremento de procesos de movilidad social descendente en el conjunto de países desarrollados.

“Lo que indica esta tendencia, y se repite en muchos países, es que la «clase media» está sufriendo inseguridad en sus ingresos y muchas tensiones, viéndose empujada al precariado” (Standing, 2013, p. 102).

A su vez, se están produciendo importantes cambios en relación a qué papel debe de jugar el Estado de Bienestar en la protección a las personas que se encuentran en vulnerabilidad social. El complejo dilema entre protección social vs. empleo - aunque precario - que han regido las diferencias entre los distintos países europeos y especialmente entre Europa y América (Beck, 2000) cuestiona los límites de los Estados para corregir los problemas macroeconómicos sin devaluar las condiciones sociales de las economías familiares. Por tanto, nos encontramos ante dinámicas globales que interfieren en cómo gestionan los países su política social. Estas interconexiones acompañadas del aumento de la competitividad laboral está haciendo que se equiparen los derechos laborales y sociales desde el extremo más bajo.

“La creciente segmentación entre las industrias está vinculada al proceso de globalización y los mercados de trabajo que están desarrollando nuevas formas de relaciones salariales, caracterizadas por una mayor liberalización de las relaciones laborales. En varios países existe un creciente riesgo de que la segmentación aumente durante la crisis actual, con los salarios reducidos en algunos sectores y una tendencia a la retención de empleo en las competencias básicas y una gran volatilidad en los puestos de trabajo periféricos” (Frazer y Marlier, 2010, p. 12).

Numerosos autores como Sassen (2015), Stiglitz (2012), Standing (2013) analizan el avance inexorable de la desigualdad asociada a cambios económicos auspiciados o justificados en la crisis económicas. Estas nuevas dinámicas globales están dando lugar a personas que encajan dentro de los que denominamos precariado o invisibles para las estadísticas macro. Estas personas son relegadas a una ciudadanía de segunda clase ante un Estado social mínimo.

“La desigualdad es, en gran medida, consecuencia de unas políticas gubernamentales que configuran y dirigen las fuerzas de la tecnología y de los mercados, y las fuerza sociales más en general” (Stiglitz, 2012, p. 133).

Un ejemplo de esta desigualdad es el hecho de que en España

“tan sólo 3 personas (...) acumulan la misma riqueza que el 30% más pobre en España, es decir, que 14,2 millones de personas: la población total de Cataluña y la Comunidad de Madrid juntas” (Oxfam, 2017, p. 10).

Estas tendencias van en aumento año a año configurando una sociedad más dual y polarizada sin que se atisbe un cambio de tendencia.

Recientes estudios relacionan la privación material en el acceso a la atención farmacéutica con el sexo, edad, ingresos económicos y residencia. En uno de ellos, se pone en evidencia cómo el Programa de Farmacia Popular de Brasil es utilizado en su mayoría por el:

“género femenino, con edad entre sesenta y uno y setenta años, casado, no alfabetizado, con ingreso domiciliar de uno a dos salarios mínimos y residentes en inmueble alquilado” (Saraiva, Paiva, Bitu, Peres, Rocha, De Oliveira y Alencar, 2015).

Los resultados de esta investigación también mostraron que más del 50% de los encuestados tenían dificultades económicas para adquirir medicamentos en sus procesos patológicos. Por tanto, la disposición hacia el acceso fármacos depende de la capacidad económica individual y puede ser una forma de privación más, como la alimentaria o energética. Si algo tienen en común todos los debates en relación a la protección a la salud y la forma de gestionar este derecho es que existen distintas perspectivas y que dependiendo de ciclo económico o la ideología del partido político que ostente el poder en cada momento, las derivas son muy heterogéneas.

Existe una intensa conexión desde distintos planos entre la percepción de la salud y la desigualdad social. Aunque el porcentaje de población afectada por la exclusión de la salud no fue en 2013 la mayor de la registradas, ya que el porcentaje de personas afectadas por la exclusión del empleo o de la vivienda eran superiores, lo cierto es que ha experimentado un crecimiento de más de diez puntos respecto a seis años antes, tal y como indica el Informe Foessa (2014), situación que afecta en mayor medida a las personas más vulnerables.

Además, no conviene olvidar la relación que frecuentemente guarda el empleo con la pobreza, y en el caso de España, dados los indicadores actuales de desempleo – en el año 2013 se llegaron a alcanzar más de seis millones de desempleados – (INE, 2013) y desigualdad social – con el incremento exponencial del índice de Gini –, resulta interesante comprobar cómo la ausencia de una actividad laboral retribuida hace que se incrementen las tasas de pobreza y de privación material. Un reciente estudio refleja cómo las personas cuidadoras de personas mayores dependientes con escasos ingresos, en situación de desempleo o inactividad y con escasa formación dedican una parte importante de las transferencias económicas que reciben por el cuidado de sus familiares al pago de medicamentos (Martínez-López, Frutos y Solano, 2017). Ello tiene importantes implicaciones en la población enferma que precisa de medicación, tanto en el caso de tratamientos agudos como de crónicos.

Organizaciones sociales como Foessa (2017) advierten de la conexión e implicaciones de pobreza y privación material, entre ellas en el campo de la salud:

“A nivel personal y relacional, las medidas de reducción del gasto en alimentación o sanidad, las convivencias múltiples no deseadas o la vuelta al hogar parental inciden negativamente en el plano familiar e individual. Entre estos efectos destaca el incremento del estrés, el empeoramiento de la salud física y mental, la desmotivación o la pérdida de autonomía personal, la frustración juvenil o la baja autoestima. Todo ello ha generado situaciones de tensión y conflictividad familiar, e incluso violencia, o desprotección de menores, por la existencia de necesidades vitales no cubiertas” (p. 25).

De este modo, la privación farmacéutica emerge como una nueva carencia material como no poder cubrir las necesidades básicas, no poder pagar los recibos de suministros básicos, el alquiler o hipoteca, etc. El problema de esta situación es que mientras que algunas carencias materiales pueden ser coyunturales, el acceso a la prestación farmacéutica a partir del incremento del copago o la exclusión de medicamentos del catálogo sanitario, puede convertirse en un bien que no esté al alcance de todos y cuyo acceso esté determinado por el coste de oportunidad hacia el mismo.

5. A modo de reflexión final

Hace décadas que el Estado español comenzó a regular el sistema de copago sanitario, su origen los encontramos en la configuración inicial del sistema de Seguridad Social. Desde entonces se han sucedido numerosos cambios legislativos, ajuntando el precio de los medicamentos a los contextos del momento. Los cambios introducidos a partir de la última crisis económica no se encuadran dentro de un contexto de eficiencia económica sino que forman parte del conjunto de ajustes fiscales en un amplio espectro de derechos sociales.

El derecho a la salud es considerado un pilar fundamental de cualquier sociedad moderna, aparece reconocido en la Declaración de Derechos Humanos y recogido en la Constitución española. El acceso a la salud lleva implícito el de los medicamentos. Sin embargo, los cambios legislativos acontecidos en los últimos años en un marco de crisis económica, alto desempleo, precariedad laboral y aumento de las tasas de pobreza pone al descubierto la capacidad de los sistemas de protección social de mantener unos niveles aceptables de salud en el conjunto de la población, especialmente de la más favorecida. Ello favorece la aparición de nuevos perfiles de personas en situación de pobreza farmacéutica y por tanto, sanitaria.

El acceso a los productos farmacéuticos, el empleo, la precariedad laboral, el apoyo familiar, el envejecimiento de la población, el equilibrio fiscal de los Estados, así como el modelo de gestión de la política sanitaria son elementos determinantes en el acceso a la salud y la calidad de ésta. Forman parte de uno todo interconectado, donde existen numerosas intersecciones entre todos ellos. El sistema de salud y de seguridad social se hallan en la disyuntiva de cómo mantener estándares de calidad sanitaria si se produce restricciones en el acceso a los productos farmacéuticos. Este es un reto al que tendrá que hacer frente España en los próximos años para lograr la igualdad de oportunidades en un derecho básico – y no comerciable, de momento – como es la salud.

6. Bibliografía

- Ausín, T. (2008). Conflicto de valores en la investigación farmacéutica: Entre la salud pública y el mercado. *Arbor*, 184 (730) 333-345. Recuperado de <https://digital.csic.es/handle/10261/7210>.
- Barata-Silva, C., Hauser-Davis, R.A., Oliveira, A.L., y Costa, J. (2017). Desafios ao controle da qualidade de medicamentos no Brasil. Challenges to the drug quality control in Brazil. *Cad. Saúde Colet*, 25, (3), 362-370. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030075.pdf>.
- Beck, U. (2000). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Boletín Oficial del Estado. (2012). 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. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>.
- Boletín Oficial del Estado. (2012). Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>.
- Boletín Oficial del Estado. (2012). Ley 7/2012, de 29 de octubre, de modificación de la normativa tributaria y presupuestaria y de adecuación de la normativa financiera para la intensificación de las actuaciones en la prevención y lucha contra el fraude. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-13416.
- Boletín Oficial del Estado. (2015). Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343.

- Castel, R. (2001). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- FOESSA. (2014). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación Foessa. Recuperado de www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf
- FOESSA. Desprotección social y estrategias familiares. Recuperado de <http://www.pensamientocritico.org/foessa1017.pdf>.
- Frazer, H., y Marlier, E. (2010). In-work Poverty and Labour Market Segmentation in the EU: Key Lessons: Synthesis Report EU Network of Independent Experts on Social Inclusion. European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1025&langId=en&newsId=1394&moreDocuments=yes&tableName=news>.
- Guillén, A.M., González-Begega, S., y Luque, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo. *Revista Española de Sociología*, 25, (2), 261-272. Recuperado de <http://www.fes-sociologia.com/austeridad-y-ajustes-sociales-en-el-sur-de-europa-la-fragmentacion-d/journal-articles/9/>.
- INE (2018). Tasa de paro. Serie histórica. Recuperado de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=982&capsel=986>.
- INE. (2017). Índice de Gini. Serie histórica. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9966>
- Boletín Oficial del Estado. (2014). Ley 28/2014, de 27 de noviembre, por la que se modifican la Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido, la Ley 20/1991, de 7 de junio, de modificación de los aspectos fiscales del Régimen Económico Fiscal de Canarias, la Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales, y la Ley 16/2013, de 29 de octubre, por la que se establecen determinadas medidas en materia de fiscalidad medioambiental y se adoptan otras medidas tributarias y financieras. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-12329.
- Leyva-Flores, R., Erviti-Erice, J., Kageyama-Escobar, M.L., y Arredondo, A. (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud pública de México*, 40 (1), 24-31. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/issue/view/358>.
- Marshall, T.H. (1950). *Citizenship and social class*. Cambridge: The syndics of the Cambridge University Press.
- Martínez-López, J.A. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Reforma y Democracia* 68: 137-168. Recuperado de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma->

democracia/articulos/068-junio-2017/el-modelo-hibrido-de-atencion-a-las-personas-en-situacion-de-dependencia-en-espana-una-decada-de-cambios-normativos-y-ajustes-presupuestarios.

- Martínez-López, J.A., Frutos, L., y Solano, J.C. (2017). Los usos de las prestaciones económicas de la dependencia en el municipio de Murcia. Un estudio de caso". *Revista Española d/e Sociología*, 26, 97-113. DOI.10.22325/fes/res.2017.37.
- Mezones-Holguín, E., Solís-Cóndor, R., Benites-Zapata, V.A., Garnica-Pinazo, G., Marquez-Bobadilla, E., Tantaleán-Del-Águila, M., Villegas, J.H.; Philipps-Cuba, F.M. (2014). Institutional differences in the ineffective access to prescription medication in heth care centers in Peru: analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services (ENSUSALUD 2014). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3, (2) 205-214. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2197>.
- OCDE. (2015). Health at a Glance 2015. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- Ortún, V. (2008). El impacto de los medicamentos en el bienestar. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 111-117. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/el-impacto-los-medicamentos> el/articulo/S0213911108760825/
- OXFAM. (2017). Una economía para el 99%. Oxfam Internacional Recuperado de <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/Informe-Una-economia-para-99-espana-oxfam-intermon.pdf>.
- Paladini, S. V. (2016). Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre o Brasil e Cuba: uma revisão integrativa. *Cadernos iberoamericanos de Derecho Sanitario*, 6 (3), 144-160. Recuperado de <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/407/475>
- Riggirozzi, P. (2015). UNASUR: construcción de una diplomacia regional en materia de salud a través de políticas sociales. *Estudios internacionales*, 47, (181), 29-50. Recuperado de <https://revistaei.uchile.cl/index.php/REI/article/download/36837/38633/0>.
- Saludas, J.M. (2013). Efecto de los copagos en la sanidad: teoría y evidencia. *Boletín Económico de ICE*, 3035, 43-52. Recuperado de <http://www.revistasice.com/es-ES/BICE/Paginas/Todos-los-Boletines.aspx>.
- Saraiva, M.S., Paiva, A., Bitu, N., Peres, R., Rocha, M.F., De Oliveira, G., Alencar, C. (2015). Perfil socioeconômico e farmacoterapêutico dos usuários do programa farmácia popular na unidade de Juazeiro do Norte-CE. *Infarma*, 29 (3), 255-263. Recuperado de <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1931>.

- Sassen, S. (2015). *Expulsiones. Brutalidad y complejidad en la economía global*. Buenos Aires: Katz.
- Seiter, A. (2011), Políticas Públicas y Gestión de Medicamentos en América Latina y el Caribe. En A. Seiter (Ed), *Un Abordaje Práctico a Políticas de Gestión de Medicamentos* (Edición Abreviada del Banco Mundial) (pp.1-10) Washington: The World Bank Mayol Ediciones S.A. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Andre_Medici/publication/280078017_1_Politic as Publicas de Gestion de Medicamentos en America Latina y el Caribe/links/55a6973908aeb4e8e646a026/1-Politicas-Publicas-de-Gestion-de-Medicamentos-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Andre_Medici/publication/280078017_1_Politic_as_Publicas_de_Gestion_de_Medicamentos_en_America_Latina_y_el_Caribe/links/55a6973908aeb4e8e646a026/1-Politicas-Publicas-de-Gestion-de-Medicamentos-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf).
- Standing, G. (2013). *El precariado*. Barcelona: Pasado y Presente.
- Stiglitz, J. E. (2012). *El precio de la desigualdad*. Madrid: Taurus.