

sustitución, son el 86,9%, 81,3% y 56,9% de los hogares los que se encontrarían ahora por debajo del umbral de pobreza. La posible aplicación de un servicio de ayuda a domicilio temporal, permitiría reducir dicho porcentaje de hogares por debajo del umbral al 80,5%, 68,3% y 53,6%, respectivamente.

**Conclusión:** Futuras políticas públicas han de ser propuestas para evitar posibles situaciones de empobrecimiento asociadas al cuidado de pacientes oncohematológicos.

#### O-34. UN ESTUDIO DE LOS COSTES SOCIALES DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DEMENCIAS ANDALUCÍA

*Manuel Ruiz-Adame Reina; Manuel Correa Gómez*

*Cuidem; Universidad de Granada*

Las personas que sufren demencia crecen conforme lo hace el principal factor de riesgo, el envejecimiento. La atención es proporcionada principalmente en el entorno familiar, y sus costes son asumidos fundamentalmente por este. El objetivo de este estudio es analizar el volumen de los costes directos e indirectos de esta atención por las familias, así como características del cuidador principal. **Materiales y método:** 778 entrevistas se realizaron en Andalucía a cuidadores principales mediante entrevistas realizadas por personal entrenado y en colaboración con las Asociaciones de Alzheimer de Andalucía. Un cuestionario electrónico fue diseñado para la recogida de información. Los datos se analizan mediante el método de costes de oportunidad y por el de preferencias reveladas. **Resultados:** El nivel de gravedad incrementa los costes de manera exponencial. Los costes directos suponen el 0,34% del PIB de Andalucía, los indirectos oscilan entre el 1,22% y 2,71%. **Conclusiones:** El perfil de cuidador es eminentemente femenino y vinculado al rol de ama de casa. Ser cuidador limita entrar o mantenerse en el mercado laboral. Asumir el cuidado por el entorno doméstico reduce la demanda de contratación de servicios profesionales por efecto crowding-out. Las personas cuidadores de edad más joven tienen un perfil socio-económico más elevado que las actuales analizadas del perfil promedio. Un nuevo enfoque a la atención de las personas dependientes debe ser considerado por los responsables políticos, así como por otros operadores en el mercado privado.

*\* Este trabajo ha sido premiado con una bolsa de viaje de la Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento UMA - Janssen.*

## MESA DE COMUNICACIONES VIII

*Miércoles, 15 de junio de 2016. 17:15 a 18:45 h. (Aula F.20)*

### Copago

#### O-35. INFLUENCIA DEL COPAGO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

*Carlos Navarro García; Antonio Sarría*

*Sin Adscripción; ISCIII*

**Objetivos:** Estudiar el efecto del copago sobre la utilización de urgencias hospitalarias en España.

**Material y métodos:** Se determina el efecto del copago mediante regresión logística en la utilización de urgencias en los 7 países europeos participantes en el proyecto EUPRIMECARE, ajustando por características de los pacientes y de sus sistemas sanitarios, y se determina mediante la Fracción Atribuible Poblacional la proporción de urgencias que podrían evitarse con la existencia de copago. Finalmente, se calcula el ahorro de costes que provocaría la introducción de medidas de copago de los servicios de urgencia hospitalarios en España.

**Resultados:** Los resultados sugieren que para países con sistema nacional de salud y atención primaria basada en centros de salud (como es España), el copago reduce la demanda de servicios de urgencia un 20,92%, pudiendo obtenerse un ahorro entre el 0,65% y el 1,01% del gasto sanitario público, en función de los dos escenarios propuestos para su aplicación.

**Conclusiones:** La inclusión del copago como ticket moderador de la demanda de servicios sanitarios de urgencia demuestra, tal como se evidencia en el presente trabajo, efectividad frente a la reducción global de la demanda en entornos sanitarios similares al español. En todo caso, no contamos con evidencias suficientes a la hora de valorar su efecto sobre la equidad. Asimismo, el efecto que tiene, en términos porcentuales, sobre el gasto sanitario público total es limitado, tal como demuestran los resultados, por lo que la inclusión de medidas de copago debe estudiarse con detenimiento.

#### O-36. IMPACTO DE LA MODIFICACIÓN DEL COPAGO FARMACÉUTICO (REAL DECRETO-LEY 16/2012) SOBRE LA ADHERENCIA A FÁRMACOS EFECTIVOS TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

*Beatriz González López-Valcárcel; Julián Librero; Sofía Bauer; Cristóbal Baixauli; Salvador Peiró; Gabriel Sanfélix-Gimeno*

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria; CSISP-FISABIO, Valencia; Departamento de Salud de*

Manises, Valencia; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia.

**Objetivo:** Estimar el impacto de la modificación del copago farmacéutico en 1/7/2012 sobre la adherencia a medicamentos índice tras síndrome coronario agudo (SCA).

**Método:** Población: todos los >35 años dados de alta vivos tras hospitalización por SCA en 2009-2011 en la Comunidad Valenciana. Seguimiento: hasta 2013. Exclusiones: quienes cumplieron 65 años durante el seguimiento. Análisis: Construcción (para activos/pensionistas y 4 grupos terapéuticos: AAS, betabloqueantes, IECA/ARA-II, estatinas) de las series semanales del porcentaje de recetas no retiradas (proxy de adherencia) desde los 18 meses previos a los 18 posteriores al 1/7/2012. Se usó un modelo de diferencias en diferencias (DiD) para estimar el efecto inmediato y los cambios en tendencia comparando la adherencia en activos (controles) y pensionistas (intervención).

**Resultados:** El porcentaje previo de no-adherencia en activos osciló entre el 9% (IECA-ARA) y el 16% (estatinas), siendo menor (5-6%) en pensionistas. Tras la intervención creció 1 punto en activos y 2-3 puntos en pensionistas. El modelo DiD no identificó un impacto diferencial significativo de la intervención en los pensionistas respecto a los activos para AAS y solo marginalmente para betabloqueantes, pero impactó de forma inmediata en la adherencia a IECA/ARA-II y estatinas. El cambio de tendencia posterior es de recuperación del nivel de adherencia previo, más rápida en pensionistas que activos.

**Conclusiones:** La modificación del copago tuvo un impacto negativo en la adherencia de los pensionistas a tratamientos esenciales tras SCA, que fue transitorio y afectó fundamentalmente a IECA/ARA-II y estatinas.

### O-37. CAMBIO DE COPAGO DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA Y EQUIDAD: EVIDENCIA EMPÍRICA EN CANARIAS

*Cristina Hernández Izquierdo; Ignacio Abásolo Alessón; Beatriz González López-Valcárcel*

*Universidad de La Laguna; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Universidad de La Laguna*

**Objetivos:** 1). Comparar la distribución del gasto privado en medicamentos de prescripción ambulatoria del SNS tras el RDL con la que existiría de no haberlo instaurado. 2). Estudiar el efecto de distintos escenarios propuestos para reducir la inequidad del copago en términos de la distribución del gasto farmacéutico privado.

**Métodos:** Muestra aleatoria (64.000 personas) cubierta por el SNS en Canarias, estratificada por siete áreas-salud y condición de activo/pensionista, con infor-

mación individual longitudinal de dispensación de medicamentos desde un año antes hasta uno después del RDL. En las simulaciones, modificamos el porcentaje de aportación de activos y pensionistas para mitigar la inequidad horizontal existente hacia los activos más pobres. Para una elasticidad-precio de la demanda dada, calculamos el cambio del consumo ante variaciones en la aportación. Además, aplicamos límites de aportación mensual para activos. La concentración del gasto las medimos con: índice de Gini y curva de Lorenz.

**Resultados:** Tras el RDL, el gasto farmacéutico privado se concentra más en los grupos de mayor renta (Gini=0,041) que de no haberse introducido el RDL (Gini-contrafactual=0,019). Con las simulaciones, se equipara la aportación de activos y pensionistas de igual renta. En los activos, se concentraría el gasto en los grupos de mayor renta (mayor progresividad en la distribución del gasto). Los pensionistas presentan una distribución menos desigual entre los grupos de más y menos renta (menor progresividad en distribución del gasto).

**Conclusiones:** El modelo de copago simulado es más progresivo que el actual y conseguimos un reparto del gasto, entre activos y pensionistas, más equitativo.

### O-38. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y COPAGO FARMACÉUTICO

*Sergi Jiménez; Analía Viola*

*Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA; FEDEA*

En este trabajo estimamos los efectos del copago en España en el consumo/acceso de medicamentos en dos colectivos, Seguridad Social y Muface, que se distinguen por su nivel de copago farmacéutico, usando datos de la Encuesta Nacional de Salud para los años 2003 a 2012.

Metodológicamente, nuestro trabajo combina elementos de dos técnicas de estimación complementarias: el método de diferencias en diferencias y el método de la regresión discontinua. En base al primer método, comparamos el consumo de individuos cuya única diferencia reside en el hecho de ser (o no ser) funcionarios adscritos a MUFACE. En el segundo caso, explotamos la variación en el nivel de copago que se produce en el momento de la jubilación para los trabajadores adscritos al régimen general de la Seguridad Social.

Los resultados obtenidos indican que la condición de jubilado, dependiendo de la edad de jubilación y el estado de salud, aumenta la propensión a consumir medicamentos con receta entre un 12 y 18 por ciento para los afiliados a la Seguridad Social respecto de los activos, especialmente inducido por la variación en el copago en el momento de la jubilación. Por otra parte, la condición de jubilado tiene un efecto mucho menor, no estadística diferente de cero, sobre los afiliados a Muface, cuyo régi-