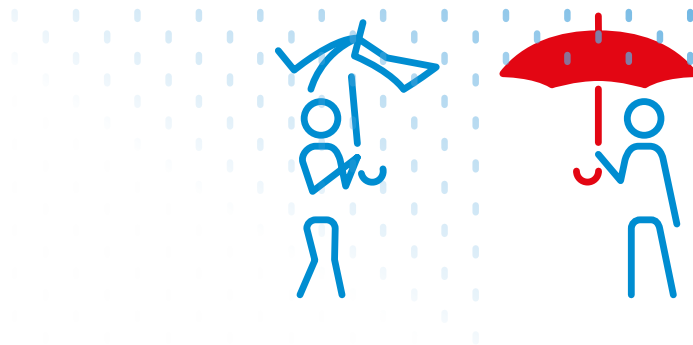




¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria?

Nuevos datos sobre la protección financiera en España

Esta revisión es el primer análisis exhaustivo y actualizado de la protección financiera en España. Se basa en los microdatos de las encuestas anuales de presupuestos familiares realizadas por el Instituto Nacional de Estadística de España entre 2006 y 2019 (los últimos datos disponibles en el momento de la publicación), y en los datos sobre las necesidades insatisfechas de servicios sanitarios. Las principales conclusiones del informe son las siguientes.

En 2019, el 0,8% de los hogares (unos 150.000 hogares) se empobrecieron o se empobrecieron todavía más después de afrontar pagos directos sanitarios, frente al 0,2% en 2006. En el mismo año, el 1,6% de los hogares (unos 300.000) experimentaron un gasto catastrófico en salud, frente al 1,0% de 2006. Gran parte de este aumento tuvo lugar entre 2008 y 2014, lo que refleja una disminución de la capacidad de los hogares para pagar la atención sanitaria, en particular para los hogares más pobres, en el contexto de la crisis financiera y económica mundial que comenzó en 2008. Aunque la incidencia del gasto catastrófico comenzó a descender en 2016, en 2019 seguía estando por encima de los niveles anteriores a la crisis.

El gasto catastrófico se concentra en el quintil más pobre de la población en todos los años. Sin embargo, las características de los hogares con gasto catastrófico cambiaron durante el periodo de estudio, pasando de hogares encabezados por personas mayores y pensionistas a hogares encabezados por personas en edad de trabajar (entre 35 y 50 años), personas empleadas, personas desempleadas y parejas con hijos.

Por término medio, los servicios sanitarios responsables de causar un gasto catastrófico son la atención dental y los productos sanitarios. En el quintil más pobre, el gasto catastrófico también está impulsado por los pagos directos para los medicamentos de dispensación ambulatoria.

Un porcentaje relativamente alto de la población en España presenta necesidades insatisfechas relativas a la atención dental. La necesidad insatisfecha de atención dental aumentó considerablemente durante la crisis económica, sigue siendo muy superior a la media de la Unión Europea (UE) y muestra una importante desigualdad socioeconómica.

Además del aumento de los gastos catastróficos en salud y de las necesidades insatisfechas, la crisis económica también se asoció a un aumento de los tiempos de espera, un problema crónico en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

¿Cuál es la situación de España en comparación con otros países?

A pesar de haber empeorado durante la crisis económica, la incidencia del gasto sanitario catastrófico en España se encuentra entre las más bajas de Europa, y es mucho menor de lo que cabría esperar teniendo en cuenta que la proporción de los pagos directos en España sobre el gasto sanitario total es relativamente elevada (Fig. 1).

Esto puede explicarse por fortalezas en el diseño de las políticas de cobertura del SNS y por el efecto altamente redistributivo del gasto sanitario público.

La cobertura poblacional del SNS se basa en la residencia, y los inmigrantes en situación no

regularizada tienen formalmente el mismo grado de cobertura que los residentes.

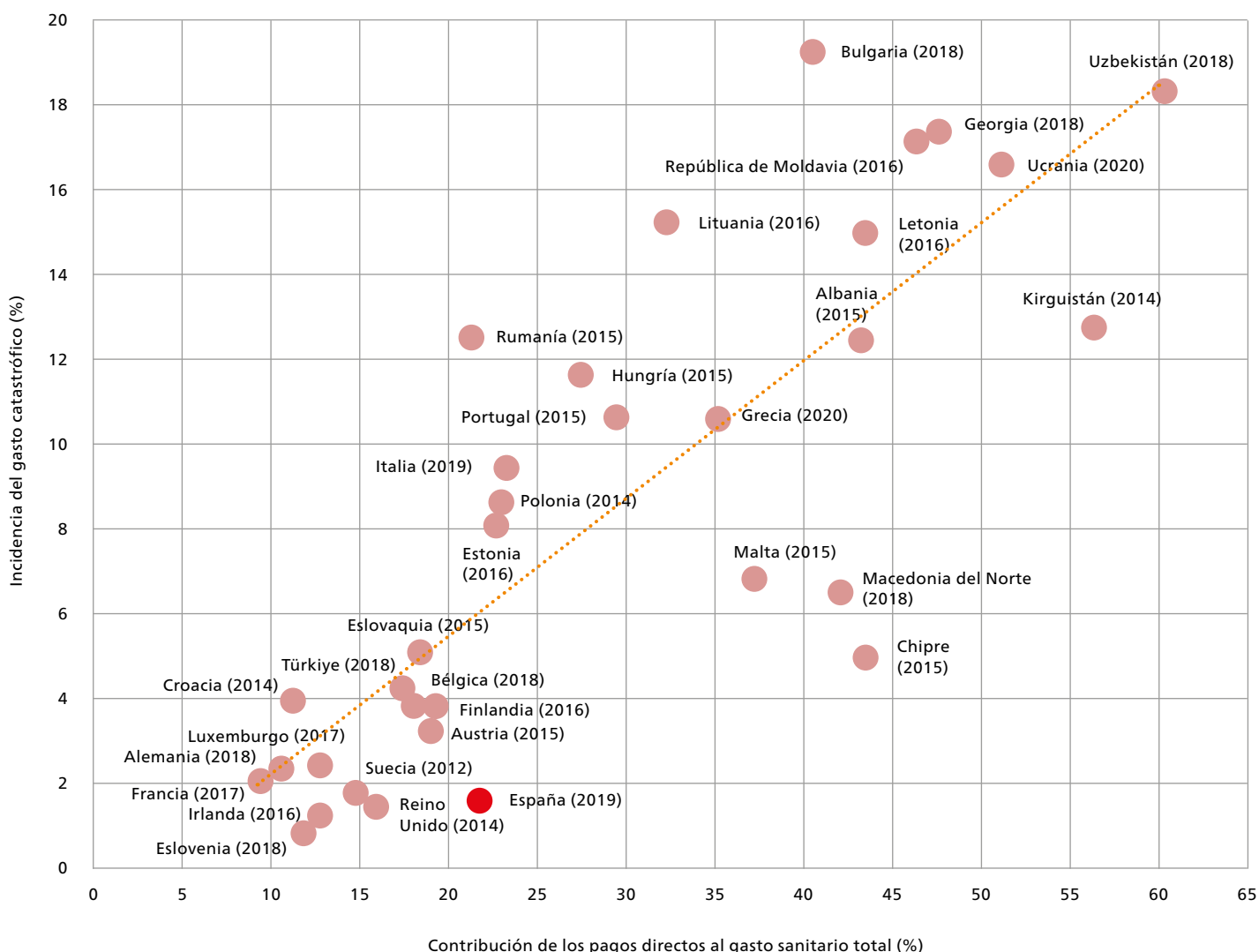
La cartera de servicios del SNS es amplia, con variaciones regionales mínimas en las prestaciones, y los centros sanitarios están distribuidos de manera uniforme por todo el país.

Los copagos se utilizan de forma limitada, y se aplican únicamente a los medicamentos recetados y a la prestación ortoprotésica. Asimismo, existen múltiples mecanismos para proteger a las personas, entre los que se incluyen: exenciones de copagos para personas en situación de vulnerabilidad (que se han ampliado desde 2020); un tope de copago basado en los ingresos para los medicamentos recetados para la mayoría de los pensionistas; y copagos reducidos y un límite de 4,24€ por receta para la mayoría de los medicamentos recetados para enfermedades crónicas.

Fig. 1 Incidencia del gasto sanitario catastrófico y porcentaje de pagos directos del gasto sanitario total en Europa, último año disponible

Notas: los datos de pagos directos corresponden al mismo año que los del gasto sanitario catastrófico, excepto en el caso de Grecia y Ucrania (los datos de pagos directos corresponden a 2019, el último año disponible). España se destaca en rojo.

Fuente: Oficina de la OMS en Barcelona para la financiación de los sistemas de salud (incidencia del gasto catastrófico) y Base de Datos Global de Gastos en Salud de la OMS (pagos directos)



¿Qué socava la protección financiera en España?

A pesar de las fortalezas en el diseño de las políticas de cobertura del SNS, siguen existiendo deficiencias en la cobertura. Las deficiencias más importantes son la atención dental y los productos sanitarios. Las dificultades financieras se deben en gran medida a los pagos directos por estas dos partidas de gasto, lo que pone de manifiesto que la atención dental, la atención óptica y los audífonos están prácticamente excluidos de la cartera de servicios del SNS. A lo largo del tiempo, la proporción de gastos catastróficos relacionados con la atención dental ha disminuido, mientras que la proporción de medicamentos de dispensación ambulatoria y pruebas diagnósticas ha aumentado (Fig. 2).

El gasto en medicamentos también socava la protección financiera, especialmente entre los hogares más pobres. Su papel como impulsor del gasto sanitario catastrófico ha aumentado con el tiempo tras el aumento de los copagos en 2012. Esto sugiere que, a pesar de que existen varios mecanismos de protección, el diseño de los copagos no es lo suficientemente protector para los hogares pobres de todos los grupos de edad: no se aplica ninguna exención a la mayoría de los niños, lo que es inusual para los estándares europeos, y no existe un tope mensual en los copagos para los niños o las personas en edad de trabajar.

Los tiempos de espera para las consultas con especialistas y las intervenciones quirúrgicas, un problema crónico en el SNS español, pueden dar lugar a necesidades insatisfechas o a dificultades financieras para las personas que no están cubiertas por un seguro voluntario de salud, lo que agrava las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

Por último, los obstáculos administrativos —por ejemplo, las lagunas legales y los retrasos en la autorización o el reconocimiento— pueden socavar la protección financiera y dar lugar a necesidades insatisfechas entre los inmigrantes en situación no regularizada, los solicitantes de asilo y las personas extranjeras reagrupadas legalmente con familiares residentes en España.

¿Cómo puede España mejorar el acceso y la protección financiera?

Para mejorar el acceso y la protección financiera en España, las políticas deberían centrarse en las siguientes acciones.

Abordar las deficiencias más importantes de la cobertura ampliando la cobertura de la atención dental, la atención óptica y los audífonos en la cartera de servicios del SNS.

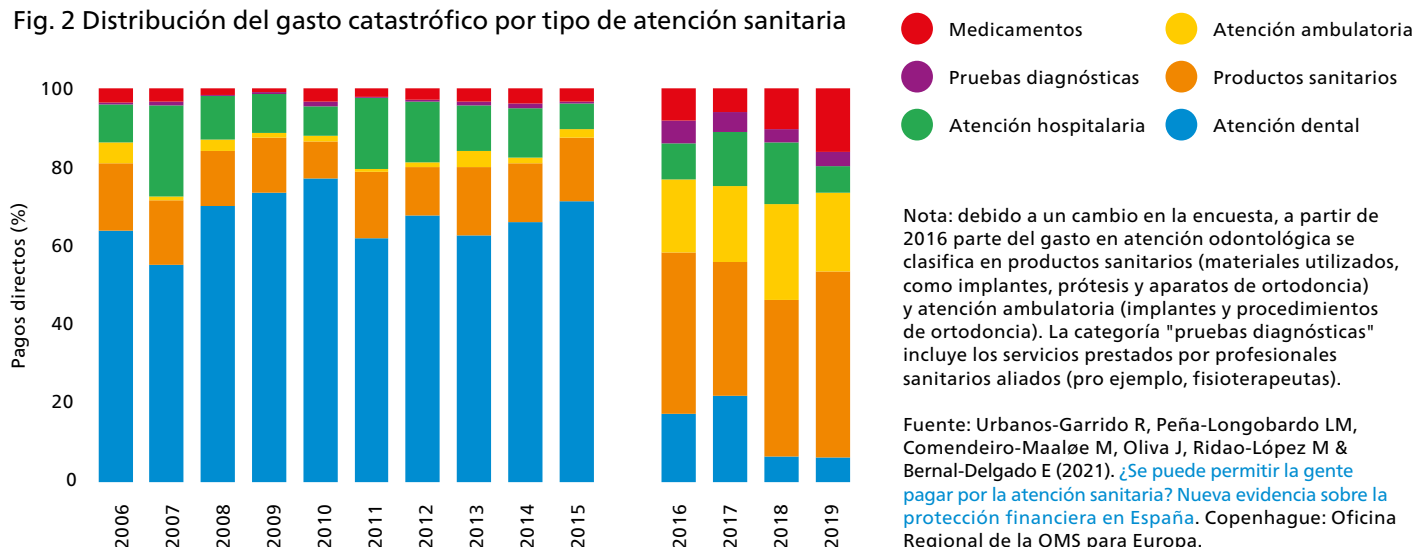
Seguir mejorando el diseño de los copagos para reforzar la protección de los hogares más pobres en todos los grupos de edad, por ejemplo, ampliando a todos los hogares no encabezados por pensionistas el tope de los copagos en función de los ingresos que se aplica a la mayoría de los pensionistas.

Abordar los tiempos de espera para las consultas médicas y la atención ambulatoria especializada, que pueden dar lugar a dificultades financieras y necesidades insatisfechas y exacerbar las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los servicios. Las opciones políticas para reducir estas desigualdades incluyen: reforzar la eficacia de la atención primaria garantizando que cuente con los recursos y el personal adecuados; revisar la eficiencia y la equidad de las bonificaciones fiscales a las pólizas de los seguros voluntarios de salud, que benefician principalmente a los hogares más ricos; y revisar la política actual respecto a las mutuas, mediante la cual los funcionarios pueden optar por recibir atención sanitaria prestada por proveedores privados.

Eliminar los obstáculos administrativos a los que se enfrentan los inmigrantes en situación no regularizada y otros colectivos para acceder a los servicios del SNS a los que tienen derecho.

Para reforzar el acceso y la protección financiera es probable que sea necesario invertir más en el sistema sanitario. Para asegurar que el gasto adicional cumpla con los objetivos de equidad y eficiencia, este debe centrarse en reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras de los hogares con ingresos bajos.

Fig. 2 Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria



Seguimiento de la protección financiera en Europa

Este informe forma parte de una serie informes nacionales que han generado nueva evidencia sobre la protección financiera en los sistemas sanitarios europeos. La protección financiera es fundamental para la cobertura sanitaria universal y es una dimensión básica del desempeño de los sistemas sanitarios. Los objetivos de la cobertura sanitaria universal son garantizar que todo el mundo pueda utilizar los servicios sanitarios de calidad que necesita sin sufrir dificultades financieras.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible instan a todos los países a realizar un seguimiento de la protección financiera como indicador clave de la cobertura sanitaria universal. El Programa de Trabajo Europeo de la OMS, 2020-2025 (Acción Conjunta para Mejorar la Salud en Europa) incluye el avance hacia la cobertura sanitaria universal como la primera de las tres prioridades fundamentales para Europa.

Oficina de la OMS en Barcelona para la financiación de los sistemas de salud

La Oficina de la OMS en Barcelona es un centro de excelencia en la financiación de la salud para la cobertura sanitaria universal. La Oficina colabora con los Estados miembros de toda la Región Europea de la OMS para promover la formulación de políticas basadas en la evidencia.

También es la sede de los cursos de formación de la OMS sobre financiación de la salud y fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios. Una parte fundamental del trabajo de la Oficina es evaluar los progresos de los países y las regiones hacia la cobertura sanitaria universal mediante el monitoreo de la protección financiera. La Oficina también proporciona asistencia técnica adaptada a los países para reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras, identificando y abordando las deficiencias de la cobertura.

La Oficina, creada en 1999, cuenta con el apoyo de la Generalitat de Cataluña (España) y forma parte de la División de Políticas y Sistemas de Salud de la Oficina Regional de la OMS para Europa.

Oficina Regional de la OMS para Europa

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas, fundada en 1948 con la responsabilidad principal de los asuntos internacionales de salud y salud pública. La Oficina Regional de la OMS para Europa es una de las seis oficinas regionales repartidas por todo el mundo, cada una con su propio programa orientado a las condiciones de salud particulares de los países a los que sirve.

Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para Europa

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Correo electrónico: eurocontact@who.int
Página web: www.euro.who.int