



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

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

Nueva evidencia
sobre la
protección financiera
en España

Rosa M. Urbanos-Garrido
Luz María Peña-Longobardo
Micaela Comendeiro-Maaløe
Juan Oliva
Manuel Ridao-López
Enrique Bernal-Delgado



España

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. Trabaja con los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS para promover políticas públicas basadas en la evidencia.

Una parte fundamental de la labor de la Oficina es evaluar el progreso regional y de los países hacia el logro de la cobertura sanitaria universal mediante el monitoreo de la protección financiera – el impacto del gasto directo en salud en el nivel de vida y en la pobreza. La protección financiera es una dimensión central del desempeño de los sistemas de salud y uno de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Oficina da apoyo a los países para elaborar políticas, hacer un seguimiento de los progresos realizados y diseñar reformas a través del diagnóstico de los problemas de los sistemas de salud, el análisis de las opciones de políticas específicas en cada país, el diálogo político de alto nivel y el intercambio de experiencias internacionales. Además, la Oficina coordina cursos de formación de la OMS sobre la financiación de la salud y el fortalecimiento de sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios.

La Oficina, que fue creada en 1999, cuenta con el apoyo del gobierno de la Comunidad Autónoma de Cataluña (España) y forma parte de la División de Políticas y Sistemas de Salud de los Países de la Oficina Regional de la OMS para Europa.





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

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

Nueva evidencia
sobre la
protección financiera
en España

Rosa M. Urbanos-Garrido
Luz María Peña-Longobardo
Micaela Comendeiro-Maaløe
Juan Oliva
Manuel Ridao-López
Enrique Bernal-Delgado

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

Número de documento: WHO/EURO:2021-3996-43755-61568

© **World Health Organization 2021**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

En virtud de esta licencia, se puede copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se cite adecuadamente, como se indica a continuación. El uso de esta obra no debe sugerir que la OMS respalda a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de la OMS. Si usted adapta la obra, debe licenciarla bajo la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Si crea una traducción de esta obra, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida: "Esta traducción no ha sido creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no es responsable del contenido o la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica: Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Spain. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual

Cita sugerida: Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Rídao-López M, Bernal-Delgado E (2021). ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa.

Datos de Catalogación en Publicación (CIP). Los datos CIP están disponibles en <http://apps.who.int/iris>. Ventas, derechos y licencias. Para adquirir publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Material de terceros. Si desea reutilizar material de esta obra que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la infracción en el uso de cualquier componente de la obra que sea propiedad de terceros recae exclusivamente en el usuario.

Exención de responsabilidad general. Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OMS sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas sobre las que puede no haber todavía pleno acuerdo. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por las letras mayúsculas iniciales. La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso.

Los autores mencionados son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta publicación.

Diseño y composición tipográfica de Aleix Artigal y Alex Prieto

Sinopsis

Este estudio forma parte de una serie de 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. A pesar de haber empeorado durante la crisis económica entre los años 2008 y 2014, la incidencia de los gastos catastróficos en salud en España es mucho menor de lo que cabría esperar dada la dependencia relativamente elevada de los pagos directos en España. Esto puede explicarse por los puntos fuertes de las políticas de cobertura en el Sistema Nacional de Salud (SNS): cobertura sanitaria basada en la residencia, con la misma cobertura para los inmigrantes en situación no regularizada; una cartera de servicios completa en general; uso limitado de los copagos, y diferentes mecanismos para proteger a los usuarios de los copagos. Sin embargo, la cobertura presenta algunas deficiencias. Las causas principales del gasto catastrófico son la atención dental y los productos sanitarios en todos los quintiles de consumo, principalmente porque la atención dental y óptica están excluidas en gran medida de la cobertura del SNS. En el quintil más pobre, la causa del gasto catastrófico son los medicamentos de dispensación ambulatoria debido a los copagos y a una protección inadecuada de los hogares de bajos ingresos con personas en edad de trabajar. Para reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras, las políticas deben centrarse en ampliar la cobertura del SNS para la atención dental y la atención óptica, así como seguir mejorando las modalidades de copago para reforzar la protección de los hogares más pobres en todos los grupos de edad.

Palabras clave

HEALTHCARE FINANCING
HEALTH EXPENDITURES
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
FINANCING, PERSONAL
POVERTY
SPAIN
UNIVERSAL COVERAGE

Sobre la serie

En esta serie de informes nacionales se hace un seguimiento de la protección financiera en los sistemas sanitarios europeos y se evalúa el impacto de los pagos directos en el nivel de vida de los hogares. La protección financiera es fundamental para la cobertura sanitaria universal y una dimensión básica del desempeño de los sistemas sanitarios.

¿Cuál es el problema político? Las personas experimentan dificultades financieras cuando los pagos directos —pagos formales e informales realizados en el momento de utilizar cualquier bien o servicio sanitario— son grandes en relación con la capacidad de pago bruta por atención sanitaria de un hogar. Los pagos directos pueden no ser un problema si son pequeños o si los pagan personas que pueden permitírselo, pero incluso los pagos directos pequeños pueden causar dificultades financieras a las personas pobres y a las que tienen que pagar tratamientos de larga duración, como los medicamentos para enfermedades crónicas. Cuando los sistemas sanitarios no ofrecen una protección financiera adecuada, es posible que las personas no dispongan de suficiente dinero para pagar la asistencia sanitaria o para cubrir otras necesidades básicas. Como resultado, la falta de protección financiera puede reducir el acceso a la atención sanitaria, socavar el estado de salud, profundizar la pobreza y exacerbar las desigualdades sanitarias y socioeconómicas. Dado que en todos los sistemas sanitarios se ha optado por mantener una proporción de pagos directos, las dificultades financieras pueden ser un problema en cualquier país.

¿Cómo evalúan los informes nacionales la protección financiera? Cada informe se basa en el análisis de los datos de las encuestas de presupuestos familiares. Al medir el consumo de los hogares como indicador del nivel de vida, es posible evaluar:

- cuánto gastan los hogares en pagos directos en relación con su capacidad de pago neta por atención sanitaria; los pagos directos que superan la línea de la capacidad de pago neta de un hogar se consideran *catastróficos*;
- la capacidad de los hogares para satisfacer las necesidades básicas después de efectuar pagos directos por atención sanitaria; los pagos directos que empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza o de la línea de necesidades básicas se consideran *empobrecedores*;
- cuántos hogares se ven afectados, qué hogares tienen más probabilidades de verse afectados y qué tipos de asistencia sanitaria provocan dificultades financieras, y
- cambios en cualquiera de las variables anteriores a lo largo del tiempo.

¿Por qué es útil realizar un seguimiento de la protección financiera? Los informes identifican los factores que fortalecen y socavan la protección financiera, destacan las implicaciones para las políticas y ponen el foco sobre las áreas que requieren un análisis más profundo. El objetivo general de la serie es proporcionar a los responsables de las políticas y a otros actores evidencias sólidas, específicas para un determinado contexto e implementables que puedan utilizar para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Una limitación común a todos los análisis de la protección financiera es que miden las dificultades financieras de los hogares que utilizan los servicios sanitarios y no captan las barreras financieras al acceso que dan lugar a una necesidad insatisfecha de atención sanitaria. Por esta razón, los informes incluyen sistemáticamente evidencia acerca de las necesidades insatisfechas, cuando está disponible, para complementar el análisis de la protección financiera.

¿Cómo se elaboran los estudios? Cada estudio es elaborado por uno o más expertos del país en colaboración con la Oficina de Barcelona de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Financiación de los Sistemas de Salud, que forma parte de la División de Políticas y Sistemas de Salud de los Países de la Oficina Regional de la OMS para Europa. Para facilitar la comparación entre países, las revisiones siguen una plantilla estándar, se basan en fuentes de datos similares (véase el anexo 1) y utilizan los mismos métodos (véase el anexo 2). Todos los informes se someten a una revisión externa por pares. Los resultados también se difunden entre los diferentes países a través de un proceso de consulta celebrado conjuntamente por la Oficina Regional de la OMS para Europa y la sede de la OMS. La consulta a los países incluye indicadores de protección financiera regionales y globales (véase el anexo 3).

¿En qué se basa la labor de la OMS en materia de protección financiera en Europa? Los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por las Naciones Unidas en 2015 exigen el seguimiento de la protección financiera y la presentación de informes al respecto como uno de los dos indicadores de la cobertura sanitaria universal. El apoyo de la OMS a los Estados miembros para el seguimiento de la protección financiera en Europa también está respaldado por el Programa de Trabajo Europeo, 2020-2025 (Acción Conjunta para Mejorar la Salud en Europa), que incluye el avance hacia la cobertura sanitaria universal como la primera de las tres prioridades fundamentales para la Región Europea de la OMS. A través del Programa de Trabajo Europeo, la Oficina Regional de la OMS para Europa trabajará para apoyar a las autoridades nacionales en la reducción de las dificultades financieras y las necesidades insatisfechas de servicios de salud (incluidos los medicamentos) mediante la identificación de las brechas

en la cobertura sanitaria y el rediseño de las políticas de cobertura para abordar estas brechas. La Carta de Tallin: Sistemas sanitarios para la salud y la riqueza, y la resolución EUR/RC65/R5 sobre las prioridades para el fortalecimiento de los sistemas de salud en la Región Europea de la OMS incluyen el compromiso de trabajar por una Europa libre de pagos directos sanitarios empobrecedores. En otras resoluciones regionales y globales se pide a la OMS que proporcione a los Estados miembros herramientas y apoyo para el seguimiento de la protección financiera, incluidos análisis de políticas y recomendaciones.

Los comentarios y sugerencias para mejorar la serie son muy bienvenidos y pueden enviarse a euhsf@who.int.

Contenido

Figuras, tablas y cuadros	viii
Agradecimientos	x
Abreviaturas	xi
Resumen ejecutivo	xii
<hr/>	
1. Introducción	1
<hr/>	
2. Métodos	5
2.1 Enfoque analítico	6
2.2 Fuentes de datos	7
<hr/>	
3. Cobertura y acceso a la atención sanitaria	9
3.1 Cobertura	10
3.2 Acceso, uso y necesidades insatisfechas	18
3.3 Resumen	25
<hr/>	
4. Gasto de los hogares en salud	27
4.1 Pagos directos	28
4.2 Pólizas de SVS	34
4.3 Pagos informales	36
4.4 Evolución del gasto sanitario público y privado	36
4.5 Resumen	40
<hr/>	
5. Protección financiera	43
5.1 ¿Cuántos hogares tienen dificultades financieras?	44
5.2 ¿Qué hogares tienen dificultades financieras?	46
5.3 ¿Qué servicios de salud son responsables de las dificultades financieras?	49
5.4 Magnitud de la dificultad financiera	52
5.5 Comparación internacional	53
5.6 Resumen	55
<hr/>	
6. Factores que aumentan y socavan la protección financiera	57
6.1 Factores que afectan a la capacidad de pago neta por atención sanitaria de las personas	58
6.2 Factores del sistema sanitario	60
6.3 Resumen	68
<hr/>	
7. Implicaciones para las políticas	71
<hr/>	
Referencias	74
Anexo 1. Encuestas de presupuestos familiares en Europa	80
Anexo 2. Métodos utilizados para medir la protección financiera en Europa	84
Anexo 3. Indicadores regionales y globales de protección financiera	91
Anexo 4. Glosario de términos	95

Figuras

Figura 1. Necesidades insatisfechas autodeclaradas de atención sanitaria y dental debido al coste, la distancia y los tiempos de espera, España y la UE
21

Figura 2. Desigualdades en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria y dental debido al coste, la distancia y los tiempos de espera, por quintil de consumo en España
22

Figura 3. Necesidades insatisfechas autodeclaradas debido al coste por edad y nivel de estudios, España y UE, 2014
23

Figura 4. Porcentaje de hogares que declaran haber realizado pagos directos por quintil de consumo
28

Figura 5. Gasto medio anual en pagos directos en atención sanitaria por persona y por quintil de consumo
29

Figura 6. Pagos directos por atención sanitaria como porcentaje del consumo de los hogares por quintil de consumo
30

Figura 7. Distribución del gasto directo total por tipo de atención sanitaria
31

Figura 8. Gasto directo anual en atención sanitaria por persona y por tipo de atención sanitaria
31

Figura 9. Distribución del gasto directo total, por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo, año 2019
32

Figura 10. Distribución del gasto directo total por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo
33

Figura 11. Gasto medio anual en pólizas de SVS por persona (entre los hogares que declaran haber suscrito un SVS)
34

Figura 12. Gasto medio anual en pólizas de SVS (entre los hogares que declaran haber suscrito un SVS) como porcentaje del consumo de los hogares por quintil de consumo
35

Figura 13. Pagos directos como porcentaje del consumo de los hogares con gasto en pólizas de SVS
36

Figura 14. Gasto sanitario por persona por régimen de financiación
37

Figura 15. Contribución de los pagos directos al gasto sanitario total, España y otros países seleccionados
38

Figura 16. Distribución del gasto sanitario total por servicio y régimen de financiación, España y UE15, 2019
39

Figura 17. Porcentaje de hogares en riesgo de empobrecimiento tras los pagos directos
44

Figura 18. Porcentaje de hogares con pagos directos catastróficos
45

Figura 19. Distribución de los hogares con gastos catastróficos por riesgo de empobrecimiento
46

Figura 20. Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por quintil de consumo
47

Figura 21. Distribución de los hogares con gastos catastróficos por edad y situación laboral del cabeza de familia y por estructura del hogar
48

Figura 22. Incidencia de los gastos catastróficos en los hogares según el perfil del cabeza de familia, 2006 y 2019
49

Tablas y cuadros

Figura 23. Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria

50

Figura 24. Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo

51

Figura 25. Pagos directos como porcentaje del gasto total del hogar entre los hogares con gastos catastróficos por quintil de consumo

52

Figura 26. Pagos directos como porcentaje del gasto total del hogar en los hogares más empobrecidos

53

Figura 27. Incidencia del gasto sanitario catastrófico y porcentaje de pagos directos del gasto sanitario total en determinados países europeos, datos del último año disponible

54

Figura 28. Cambios en el coste de la satisfacción de necesidades básicas, la capacidad de pago neta por la atención sanitaria y el porcentaje de hogares que viven por debajo de la línea de las necesidades básicas, en términos reales

59

Figura 29. Porcentaje de la población en riesgo de pobreza o exclusión social

60

Figura 30. Gasto sanitario público y PIB per cápita, UE28, 2018

61

Figura 31. Porcentaje del gasto público destinado a la sanidad, UE15, 2018

62

Figura 32. Gasto sanitario público como porcentaje del PIB, España y otros países seleccionados

63

Figura 33. Contribución de los pagos directos al gasto sanitario total, UE, 2018

64

Tabla 1. Dimensiones clave de los gastos catastróficos y empobrecedores en salud

6

Tabla 2. Cambios en las políticas de cobertura, 2006–2021

11

Tabla 3. Cobros a los usuarios por medicamentos recetados antes de 2012

14

Tabla 4. Cobros a los usuarios por servicios de salud financiados con fondos públicos, 2021

16

Tabla 5. Deficiencias en los servicios financiados con fondos públicos y cobertura del SVS

18

Cuadro 1. Necesidades insatisfechas de atención sanitaria

19

Agradecimientos

Esta serie de estudios sobre la protección financiera ha sido elaborada por la Oficina de Barcelona de la OMS para la Financiación de los Sistemas de Salud, que forma parte de la División de políticas y sistemas de salud de los países de la Oficina Regional de la OMS para Europa. Los editores de la serie son Sarah Thomson, Jonathan Cylus y Tamás Evetovits.

El estudio sobre protección financiera en España ha sido elaborado por Rosa M. Urbanos-Garrido (Universidad Complutense de Madrid), Luz María Peña-Longobardo (Universidad de Castilla-La Mancha), Micaela Comendeiro-Maaløe (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), Juan Oliva (Universidad de Castilla-La Mancha), Manuel Ridaio-López (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) y Enrique Bernal-Delgado (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud). Ha sido editado por José Cerezo Cerezo y Sarah Thomson (Oficina de Barcelona de la OMS). Jorge Alejandro García-Ramírez (Oficina de Barcelona de la OMS) ha proporcionado apoyo para el análisis estadístico.

La Oficina de Barcelona de la OMS quiere agradecer a Tamás Evetovits (Oficina de Barcelona de la OMS), Beatriz González López-Valcárcel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) y Marisol Rodríguez Martínez (Universidad de Barcelona) por sus comentarios sobre un borrador previo del estudio.

Los datos sobre protección financiera se han compartido con el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística de España en el marco de una consulta de la OMS sobre indicadores de cobertura sanitaria universal realizada en 2021.

La OMS agradece la financiación aportada por la Generalitat de Catalunya, España.

Autores

Rosa M. Urbanos-Garrido
Luz María Peña-Longobardo
Micaela Comendeiro-Maaløe
Juan Oliva
Manuel Ridaio-López
Enrique Bernal-Delgado

Editores

José Cerezo Cerezo
Sarah Thomson

Editores de la serie

Sarah Thomson
Jonathan Cylus
Tamás Evetovits

Abreviaturas

EHIS	European Health Interview Survey - Encuesta Europea de Salud
UE	Unión Europea
UE15	Estados miembros de la Unión Europea antes del 1 de mayo de 2004
UE28	Estados miembros de la Unión Europea antes del 31 de enero de 2020
EU-SILC	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y las condiciones de vida
PIB	Producto interior bruto
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
SNS	Sistema Nacional de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PD	Pagos directos
PADI	Programa de Asistencia Dental Infantil
UNESPA	Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
SVS	Seguro voluntario de salud

Resumen ejecutivo

España se vio muy afectada por la crisis financiera y económica global que se desencadenó en el año 2008. Tras los recortes del gasto sanitario público entre 2012 y 2014, este comenzó a disminuir en relación con el producto interior bruto, lo que amplió las diferencias entre España y otros países de Europa occidental. Al mismo tiempo, se introdujeron cambios en las políticas de cobertura que limitaron el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) de los inmigrantes en situación no regularizada (medidas que se revirtieron en 2018) y aumentaron los copagos de los medicamentos recetados y los productos sanitarios.

Este estudio es el primer análisis exhaustivo y actualizado de la protección financiera en el ámbito de los servicios sanitarios en España. A partir de los microdatos recopilados en las encuestas anuales de presupuestos familiares realizadas por el Instituto Nacional de Estadística entre 2006 y 2019 (los últimos datos disponibles en el momento de la publicación), así como de los datos sobre necesidades insatisfechas de servicios de salud, se constata que:

- en 2019 el 0,8 % de los 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 experimentaron gastos catastróficos en salud, frente al 1,0 % en 2006;
- gran parte del aumento del gasto catastrófico en servicios sanitarios tuvo lugar entre 2008 y 2014, lo que pone de manifiesto una disminución de la capacidad de los hogares para pagar por la atención sanitaria en el contexto de la crisis económica, especialmente en el caso de los hogares más pobres; 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; el aumento de la incidencia del gasto catastrófico a lo largo del tiempo se debió casi en su totalidad a un incremento sustancial en el quintil más pobre;
- las características de los hogares con gasto catastrófico cambiaron durante el periodo estudiado, y pasaron de ser hogares encabezados por personas mayores y pensionistas a ser hogares encabezados por personas en edad de trabajar (entre 35 y 50 años), personas empleadas, personas desempleadas y parejas con hijos;
- la atención dental y los productos sanitarios son las principales causas de gasto catastrófico en todos los quintiles, principalmente porque la atención dental y la atención óptica están excluidas en gran medida de

la cobertura del SNS, sobre todo en el caso de la población adulta; en el quintil más pobre, el gasto catastrófico también proviene del gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria, que están sujetos a copagos del SNS, y

- las necesidades insatisfechas (una medida del acceso) están por debajo de la media de la Unión Europea (UE) en lo que respecta a la atención sanitaria y a los medicamentos recetados, pero por encima de la media de la UE en lo que respecta a la atención dental; las necesidades insatisfechas de atención dental aumentaron considerablemente durante la crisis económica; existe una importante desigualdad socioeconómica en las necesidades insatisfechas relativas a la atención dental y, en menor medida, a la atención sanitaria y a los medicamentos recetados.

Además de incrementar los gastos catastróficos en salud y las necesidades insatisfechas, la crisis también provocó un aumento de los tiempos de espera, un problema crónico del SNS.

A pesar de haber empeorado durante la crisis económica, la incidencia del gasto catastrófico en España 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. 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; por ejemplo:

- la cobertura del SNS se basa en la residencia, y los inmigrantes en situación no regularizada tienen derecho al mismo nivel de cobertura que los residentes;
- la cartera de servicios sanitarios del SNS es muy amplia, con variaciones regionales mínimas, y los centros sanitarios están distribuidos de manera uniforme por todo el país;
- los copagos en el SNS solo se aplican a los medicamentos recetados y a la prestación ortoprotésica;
- existen diferentes mecanismos de protección frente a los copagos, entre los que se incluyen copagos reducidos y un tope de 4,24 euros por receta en la mayoría de los medicamentos recetados para enfermedades crónicas; exenciones de copagos para grupos de personas desfavorecidas (que se han ampliado desde 2020); y un tope basado en los ingresos para los copagos de medicamentos recetados para la mayoría de los pensionistas; y

- las prestaciones públicas en especie representadas por el gasto sanitario (y también educativo) aumentan los ingresos de los hogares más pobres y reducen las desigualdades de ingresos.

A pesar de estos puntos fuertes, existen deficiencias en la cobertura, que se observan con claridad en las conclusiones del estudio relativas a la protección financiera.

Para mejorar el acceso y la protección financiera en España, las políticas deben centrarse en:

- abordar las deficiencias más importantes de la cobertura incluyendo la atención dental, la atención óptica y los audífonos;
- seguir mejorando el diseño del copago 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;
- reducir los tiempos de espera para las consultas médicas y la atención especializada, que pueden dar lugar a dificultades financieras y necesidades insatisfechas y agravar las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los servicios; las políticas pueden incluir las siguientes medidas: reforzar la eficacia de la atención primaria dotándola de los recursos y el personal adecuados; revisar la eficiencia y la equidad de las bonificaciones fiscales para las pólizas de seguros voluntarios de salud, que principalmente benefician a los hogares más ricos, y revisar las políticas actuales de las mutualidades, mediante las cuales los funcionarios pueden optar por recibir atención sanitaria prestada por proveedores privados; y
- 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.

1. Introducción

En este estudio se evalúa hasta qué punto las personas residentes en España experimentan dificultades financieras cuando utilizan los servicios de salud, incluyendo los medicamentos. Abarca el periodo que va desde 2006 hasta la actualidad (septiembre de 2021) y se basa en los datos de las encuestas de presupuestos familiares realizadas anualmente entre 2006 y 2019, en datos sobre las necesidades insatisfechas de servicios sanitarios hasta 2019 y en información sobre las políticas de cobertura sanitaria hasta 2021.

Investigaciones anteriores demuestran que es más probable que se produzcan dificultades financieras cuando el gasto sanitario público es bajo en relación con el producto interior bruto (PIB) y los pagos directos sanitarios representan una parte relativamente alta del gasto total en salud (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; OMS, 2010; Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019). Sin embargo, el aumento del gasto público o la reducción de los pagos directos no son en sí mismos garantía de una mejor protección financiera. Las decisiones políticas también son importantes.

España se vio muy afectada por la crisis financiera y económica global que se desencadenó en el año 2008 (denominada en el resto del informe «la crisis económica»). La crisis repercutió de forma importante en la capacidad de los ciudadanos para pagar por los servicios de salud. El PIB se contrajo, la tasa de desempleo se disparó y aumentaron las desigualdades de renta. La proporción de la población en riesgo de pobreza o exclusión social aumentó entre los niños y las personas en edad de trabajar y descendió entre las personas mayores. Aunque la economía comenzó a recuperarse en 2014, los niveles de desempleo y pobreza seguían siendo más altos en 2019 que en 2008.

El gasto sanitario público como porcentaje del PIB creció a medida que la economía se contraía durante la primera parte del periodo de estudio, para luego caer de 2012 a 2014 tras los fuertes ajustes presupuestarios que se realizaron como consecuencia de las medidas de austeridad aplicadas durante la crisis, en el contexto del Mecanismo Europeo de Estabilidad (OMS, 2021). A medida que el gasto sanitario público disminuía, la proporción de pagos directos sobre el gasto sanitario total¹ creció del 19 % en 2009 al 23 % en 2014. En 2018, el porcentaje de pagos directos fue del 22 %, uno de los más elevados de Europa occidental (OMS, 2021).

Durante la crisis económica se introdujeron cambios significativos en las tres dimensiones de las políticas de cobertura (criterios para la cobertura poblacional, cartera de servicios y copagos de los usuarios) con el objetivo de trasladar parte de los costes públicos de la atención sanitaria a los usuarios de los servicios. Desde 2018 algunos de estos cambios se han revertido. El Gobierno también ha introducido nuevas medidas para ampliar el acceso a la atención dental y reducir los copagos de los usuarios, sobre todo para las personas en situación de vulnerabilidad.

Este estudio es el primer análisis exhaustivo y actualizado de la protección financiera en España (Yerramilli et al., 2018). Los pocos estudios que abordan el análisis de la protección financiera en España son, en su mayoría, comparativas globales o regionales que utilizan metodologías diferentes a las de este estudio y se basan en otras fuentes de datos de encuestas. Algunos de ellos se centran únicamente en personas mayores de 50 años (Saksena et al., 2014; Saksena et al., 2014, Palladino et al., 2016; Arsenijevic et al., 2016). Un estudio reciente concluye que, a pesar del

1. Nota: Gasto "total" se refiere a gasto "corriente" (gastos de capital excluidos).

aumento de los pagos directos durante la crisis económica, el riesgo de gasto catastrófico en salud es bajo en España en comparación con otros países de Europa (Bernal-Delgado et al., 2018). En otro reciente trabajo, centrado específicamente en España y que abarca el periodo de 2008 a 2015, no se observa ningún cambio en el gasto catastrófico en salud a lo largo del tiempo (López-López et al., 2021). Aunque este trabajo también se basa en los datos de las encuestas de presupuestos familiares, utiliza metodologías diferentes a las del análisis del presente estudio.

El estudio está estructurado de la siguiente manera: En el apartado 2 se definen el enfoque analítico y las fuentes de datos utilizadas para medir la protección financiera. En el apartado 3 se ofrece una breve descripción de la cobertura sanitaria y el acceso a la atención sanitaria. En los apartados 4 y 5 se presentan los resultados del análisis estadístico, relativos a los pagos directos en el caso del apartado 4 y a la protección financiera en el apartado 5. En el apartado 6 se analizan los resultados del análisis de la protección financiera y se identifican los factores que la refuerzan y la socavan. En el apartado 7 se señalan las implicaciones para las políticas. En el anexo 1 se ofrece información sobre las encuestas de presupuestos familiares, en el anexo 2 se definen los métodos utilizados, el anexo 3 recoge los indicadores regionales y globales de protección financiera, y el anexo 4 contiene un glosario de términos.

2. Métodos

En este apartado se definen el enfoque analítico y las principales fuentes de datos usadas. Los anexos 1–3 contienen información más detallada.

2.1 Enfoque analítico

El análisis de la protección financiera de este estudio se basa en un enfoque desarrollado por la Oficina Regional de la OMS para Europa (Cylus et al., 2018; Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019) a partir de métodos establecidos para medir la protección financiera (Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003). La medición de la protección financiera se lleva a cabo mediante dos indicadores: los pagos directos catastróficos y los pagos directos empobrecedores. La tabla 1 contiene un resumen de las dimensiones clave de cada indicador. Para obtener más información sobre cómo se calculan estos indicadores y cómo se relacionan con los indicadores globales, véanse los anexos 2 y 3.

Tabla 1. Dimensiones clave de los gastos catastróficos y empobrecedores en salud

Nota: en el anexo 4 se definen las palabras en cursiva.

Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).

Gastos empobrecedores en salud	
Definición	Proporción de hogares <i>empobrecidos o todavía más empobrecidos tras los pagos directos</i>
Línea de pobreza	<i>Línea de necesidades básicas</i> , calculada como el gasto promedio en alimentación, vivienda (alquiler) y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) de los hogares entre los percentiles 25 y 35 de la distribución del consumo de los hogares que reportan gastos en cada categoría, ajustada según el tamaño y la composición del hogar a partir de las escalas de equivalencia de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); estos hogares se seleccionan partiendo de la base de que son capaces de satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse), aunque no necesariamente de superarlas; esta cantidad estándar también se utiliza para definir la <i>capacidad de pago neta por atención sanitaria</i> que tiene un hogar (véase a continuación)
Dimensiones de la pobreza reflejadas	La proporción de hogares todavía más empobrecidos, empobrecidos y en <i>riesgo de empobrecimiento después de los pagos directos</i> , y la proporción de hogares sin riesgo de empobrecimiento después de los pagos directos; un hogar está empobrecido si su consumo total cae por debajo de la línea de necesidades básicas después de los pagos directos; todavía más empobrecido si su consumo total está por debajo de la línea de necesidades básicas antes de los pagos directos; y en riesgo de empobrecimiento si su consumo total después de los pagos directos se encuentra dentro del 120 % de la línea de necesidades básicas
Desagregación	Los resultados pueden desagregarse en <i>quintiles</i> de hogares por consumo y por otros factores cuando se considere pertinente
Fuente de datos	Microdatos de las <i>encuestas nacionales de presupuestos familiares</i>
Gastos catastróficos en salud	
Definición	La proporción de hogares con pagos directos superiores al 40 % de su capacidad de pago neta por atención sanitaria
Numerador	Pagos directos
Desagregación	La capacidad de pago neta por atención sanitaria de un hogar es igual al consumo total del hogar menos una cantidad estándar destinada a satisfacer las necesidades básicas; la cantidad estándar se calcula como la cantidad media gastada en alimentación, vivienda y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) por los hogares entre los percentiles 25 y 35 de la distribución del consumo de los hogares, como se ha descrito anteriormente; esta cantidad estándar también se utiliza como <i>línea de pobreza</i> (línea de necesidades básicas) para medir los gastos empobrecedores en salud
Desagregación	Los resultados se desagregan en quintiles de hogares según el consumo por persona utilizando las escalas de equivalencia de la OCDE; cuando se considera pertinente, se incluye la desagregación por lugar de residencia, edad del cabeza de familia (persona sustentadora principal), composición del hogar y otros factores
Fuente de datos	Microdatos de las encuestas nacionales de presupuestos familiares

2.2 Fuentes de datos

En el estudio se analizan microdatos anonimizados del periodo 2006-2019 procedentes de la encuesta de presupuestos familiares que realiza anualmente el Instituto Nacional de Estadística de España. La muestra de datos estaba formada por 19 339 hogares en 2006, 21 460 en 2007, 21 995 en 2008, 22 271 en 2009, 22 118 en 2010, 21 604 en 2011, 21 731 en 2012, 21 961 en 2013, 22 040 en 2014, 22 020 en 2015, 21 908 en 2016, 21 951 en 2017, 21 270 en 2018 y 20 676 en 2019.

Las encuestas de presupuestos familiares recogen información sobre el gasto sanitario de forma estructurada, dividiéndolo en seis grandes grupos: medicamentos, productos sanitarios, atención ambulatoria, atención dental, pruebas diagnósticas y atención hospitalaria. El gasto en servicios de salud mental no se asigna a ninguna categoría específica y, por lo tanto, se puede reportar en la mayoría de estos grupos.

En 2016 se introdujeron dos cambios en la encuesta que afectaron a la clasificación de los tipos de atención sanitaria. En primer lugar, los materiales para la atención dental, como prótesis, implantes y aparatos de ortodoncia, se clasifican ahora como «productos sanitarios», mientras que los procedimientos de implante se clasifican como «atención dental» y los procedimientos de ortodoncia se clasifican como «atención ambulatoria». Si los encuestados no pueden hacer la distinción por sí mismos, los implantes y las prótesis dentales se clasifican como «productos sanitarios» y la ortodoncia se clasifica como «atención ambulatoria». En segundo lugar, las categorías de «productos sanitarios» y «pruebas diagnósticas» ahora incluyen más subcategorías, por lo que la información es más detallada que antes.

Debido a estos cambios, no es posible comparar el desglose de los pagos directos en función de los tipos de atención sanitaria antes y después de 2016. Antes de 2016, los gastos en atención dental se clasificaban en la categoría de «atención dental». Después de 2016, se clasifican en tres categorías: «atención dental», «productos sanitarios» y «atención ambulatoria». Esta interrupción de la serie se indica con un espacio en las figuras correspondientes de los apartados 4 y 5.

Todas las unidades monetarias del estudio se presentan en euros, con notas sobre el gasto ajustado a la inflación cuando procede.

3. Cobertura y acceso a la atención sanitaria

En este apartado se describen brevemente la gobernanza y las dimensiones de la cobertura sanitaria financiada con fondos públicos —los criterios para la cobertura poblacional, la cartera de servicios ofrecidos y los copagos de los usuarios— en España y se analiza el papel que desempeña el seguro voluntario de salud (SVS). Posteriormente, se resume la información sobre el acceso, el uso y las necesidades insatisfechas de los servicios de salud.

3.1 Cobertura

El Sistema Nacional de Salud (SNS) funciona de forma ampliamente descentralizada. Las comunidades autónomas son responsables de la planificación y gestión de la atención sanitaria, la asignación de recursos, las compras y la prestación de servicios, y el Ministerio de Sanidad desempeña principalmente un papel de supervisión y coordinación. Sin embargo, las políticas de cobertura las definen de forma centralizada el Ministerio de Sanidad y el máximo órgano de gobierno del SNS, el Consejo Interterritorial, un órgano colegiado formado por los 17 consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas y por la ministra o ministro de Sanidad.

La mayor parte de la población está cubierta por el SNS, que se financia principalmente a través de los impuestos generales, y los servicios se prestan en gran medida en instalaciones de titularidad pública. Los ciudadanos tienen acceso a una amplia gama de prestaciones financiadas con fondos públicos, aunque la cobertura de la atención dental es muy limitada. Los servicios de salud se suelen prestar de forma gratuita en el momento de utilizarlos. Los copagos se limitan a los medicamentos recetados y a la prestación ortoprotésica (como aparatos ortopédicos y férulas, prótesis, sillas de ruedas, muletas y audífonos).

En el marco de la crisis financiera y económica de 2008, se introdujeron reformas profundas en las políticas de cobertura, sobre todo en 2012 (tabla 2).

- El criterio para la cobertura poblacional del SNS pasó de la residencia a la condición de «asegurado» en el sistema de la Seguridad Social, lo que restringía el acceso de los inmigrantes en situación no regularizada.
- Más de 400 medicamentos (la mayoría de ellos para afecciones menores) quedaron excluidos de la cobertura del SNS.
- Se introdujo el copago para los medicamentos recetados de dispensación ambulatoria para los pensionistas y se incrementó para los no pensionistas, incluidos los niños. Las reformas de 2012 abrieron las puertas a introducir los copagos en nuevos ámbitos (transporte sanitario no urgente, prestación ortoprotésica, productos dietéticos con fines médicos, y quimioterapia ambulatoria y otros medicamentos dispensados de forma gratuita en los servicios ambulatorios de los hospitales). Sin embargo, solo se introdujeron los copagos para la prestación ortoprotésica.

Desde 2018 se han aprobado diferentes normas para restaurar la cobertura sanitaria universal del SNS y fortalecer la protección frente a los copagos para las personas en situación de vulnerabilidad.

Tabla 2. Cambios en las políticas de cobertura, 2006–2021

Fuente: autores.

Año	Cambio	Servicio de salud afectado	Grupo de población afectado
2012	El criterio para la cobertura pasó de la residencia a la condición de «asegurado» en el sistema de la Seguridad Social	Todos los servicios de salud	Población no inscrita en la Seguridad Social
	Introducción de copagos porcentuales para los pensionistas (10 % o 60 %) con topes mensuales en función de los ingresos	Medicamentos recetados, prestación ortoprotésica (como dispositivos ortopédicos y férulas, sillas de ruedas, muletas y audífonos) y productos dietéticos con fines médicos	Pensionistas
	Aumento de los copagos porcentuales para los no pensionistas del 40 % al 50 % o al 60 % según los ingresos	Medicamentos recetados, prestación ortoprotésica y productos dietéticos con fines médicos	Población activa y niños
	Introducción de un copago fijo de un euro por receta en Cataluña y Madrid	Medicamentos recetados	Población con cobertura
	Exclusión de más de 400 medicamentos (principalmente para tratar afecciones menores) de la cartera de servicios general	Medicamentos recetados	Población con cobertura
2013	Suspensión del copago fijo de un euro por receta en Cataluña y Madrid	Medicamentos recetados	Población con cobertura
2018	Restablecimiento de la residencia como criterio de cobertura	Todos los servicios de salud	Principalmente inmigrantes en situación no regularizada
2019	Ampliación de la cobertura para audífonos a jóvenes	Audífonos	Jóvenes entre 18 y 25 años
2020	Exención de copagos para personas con bajos ingresos	Medicamentos recetados, prestación ortoprotésica y productos dietéticos	Personas que pueden solicitar la renta mínima garantizada
2021	Exención de copagos ampliada a otros grupos de personas	Medicamentos recetados y prestación ortoprotésica	Pensionistas con bajos ingresos, niños con discapacidades moderadas y graves, y hogares que reciben prestaciones por hijos a cargo

3.1.1 Criterios para la cobertura poblacional

El estudio abarca tres periodos diferentes en lo que se refiere a los criterios para la cobertura poblacional.

Antes de 2012, la cobertura poblacional del SNS se basaba en la residencia. La cobertura del SNS alcanzaba un 99,5 % de la población. El 0,5 % de la población sin cobertura del SNS estaba formado por autónomos con ingresos elevados que no estaban obligados a darse de alta en la Seguridad Social. Esta aparente contradicción tiene su origen en el hecho de que el sistema sanitario español se encuadraba originariamente, y hasta mediados de la década de los 80 del siglo XX, en un modelo de Seguridad Social.

En 2012, con el Real Decreto Ley 16/2012 (Ministerio de la Presidencia, 2012) el criterio para la cobertura pasó de la residencia a la condición de «asegurado» en el sistema de la Seguridad Social. Los siguientes grupos tenían cobertura del SNS: trabajadores afiliados a la Seguridad Social y las personas a su cargo (cónyuge, excónyuge a cargo del afiliado y descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo, menores de 26 años o con una discapacidad importante); pensionistas; personas

que percibieran prestaciones por desempleo, y parados que hubieran agotado la prestación por desempleo. El nuevo reglamento afectó principalmente a las personas sin ciudadanía de la Unión Europea (UE) y excluyó de la cobertura a los inmigrantes en situación no regularizada; se desconoce el número exacto de personas que se quedaron sin cobertura. Los ciudadanos extracomunitarios no regularizados solo mantuvieron el derecho a recibir atención sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica, asistencia al embarazo, parto y posparto, y asistencia pediátrica para menores de 18 años. A pesar de ello, algunas comunidades autónomas encontraron formas de eludir la legislación nacional e intentaron garantizar la atención sanitaria a los inmigrantes en situación no regularizada.

En 2018, el Real Decreto Ley 7/2018 (Ministerio de la Presidencia, 2018) restableció la residencia como criterio para acceder a la cobertura del SNS. Los inmigrantes en situación no regularizada recuperaron la plena cobertura del SNS, pero solo después de haber permanecido en España durante más de 90 días; en caso de requerir atención sanitaria antes de ese periodo, es necesario presentar un informe previo favorable de los servicios sociales, un obstáculo administrativo que puede dificultar el acceso a algunos inmigrantes en situación no regularizada.

Los solicitantes de asilo tienen derecho a las mismas prestaciones que los residentes (reguladas por una normativa diferente, la Ley 12/2009), pero los retrasos en el reconocimiento de su condición pueden comprometer el acceso a los servicios de salud. Asimismo, las personas extranjeras reagrupadas legalmente con familiares residentes en España también se ven, a priori, amparadas por el Real Decreto Ley 7/2018, aunque de facto se enfrentan a obstáculos en el reconocimiento de su derecho a la asistencia sanitaria.

Algunos funcionarios de la administración central, miembros de las Fuerzas Armadas y miembros de la judicatura —en total, unos dos millones de personas— reciben la cobertura de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), respectivamente. Estas mutualidades se financian en parte con aportaciones de los mutualistas, que pueden decidir, una o dos veces al año (dependiendo de la mutualidad), si quieren recibir atención sanitaria del SNS o de proveedores privados contratados por las mutualidades. Aquellos mutualistas que optan por los servicios de salud de proveedores privados tienen derecho a recibir los mismos servicios que cubre el SNS y pueden beneficiarse de tiempos de espera más cortos.

3.1.2 Cartera de servicios

Antes de 2012, el SNS contaba con una **cartera de servicios común** a nivel nacional. Las comunidades autónomas podían añadir otras prestaciones a través de una **cartera complementaria** regional que debían financiar, pero las diferencias en la cobertura por comunidad eran mínimas.

En 2012, el RDL 16/2012 dividió la cartera común de servicios del SNS en tres modalidades, sistema que sigue vigente hoy en día.

- La cartera básica es gratuita y comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como el transporte sanitario urgente.
- La cartera suplementaria incluye todas las prestaciones que pueden estar sujetas a copagos: medicamentos recetados, productos sanitarios y productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente.
- La cartera de servicios accesorios recoge todas aquellas actividades, servicios o técnicas que no se consideran esenciales pero que ayudan a la mejora de una patología crónica, y están sujetas a copagos. Esta tercera cartera solo se ha definido de forma parcial y está pendiente de regulación.

El RDL de 2012 también excluyó de la cartera común más de 400 medicamentos, principalmente para afecciones menores (Puig-Junoy et al., 2016).

La **cartera común básica**, definida por el Consejo Interterritorial a partir de las propuestas presentadas por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y el asesoramiento técnico de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones, incluye una amplia gama de servicios sin copago:

- **Servicios de atención primaria:** seguimiento de procesos agudos y crónicos, actividades de prevención y promoción de la salud, fisioterapia, atención materno-infantil, atención a la salud mental, cuidados paliativos, asesoramiento médico y servicios básicos de salud dental
- **Atención especializada:** procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen como atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria de agudos o de larga duración, atención quirúrgica o médica de día, cuidados paliativos, atención a la salud mental de agudos o de larga duración, atención domiciliaria, trasplantes de órganos y atención de urgencia.

La **cartera de servicios complementaria** permite a las comunidades autónomas añadir cualquier técnica, tecnología o procedimiento no cubierto por la cartera común básica si aportan los recursos necesarios para su financiación. La cartera complementaria deberá cumplir tres condiciones: que su aplicación esté justificada, que se asignen suficientes recursos financieros para la cartera común básica y que se cumplan los criterios de estabilidad presupuestaria establecidos por el Ministerio de Hacienda.

Existen tres deficiencias principales en la cobertura del SNS: la atención dental para los adultos, la atención óptica de niños y adultos, y los audífonos para los mayores de 26 años.

La **atención dental** que presta el SNS es gratuita en el momento de utilizar el servicio y se presta principalmente en clínicas o consultas unipersonales privadas, pero la gama de servicios con cobertura es limitada. En el caso de los adultos, están cubiertas las extracciones dentales y el tratamiento de infecciones o procesos inflamatorios. Como parte del protocolo para un embarazo saludable, las mujeres embarazadas tienen garantizadas

la cobertura para la prevención de la caries (aplicación de flúor tópico, empastes dentales, sellados de fisuras) y las medidas preventivas. La población infantil tiene derecho a la prevención de la caries y a recibir asesoramiento en higiene bucodental por parte del personal pediátrico y de enfermería. Algunas comunidades autónomas financian el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), que se ofrece en centros públicos o en clínicas dentales privadas para niños menores de 15 años. El PADI incluye determinados tratamientos de ortodoncia y endodoncia, así como atención de urgencia. Desde 2015, el SNS cubre los implantes dentales de las personas que han perdido los dientes debido a un tratamiento contra el cáncer y las personas con malformaciones congénitas. Todos los demás servicios dentales deben pagarse íntegramente o a través de un SVS.

A excepción de los diagnósticos de los programas preventivos para menores de 16 años, la **atención óptica** no tiene ningún tipo de cobertura. Las personas deben pagar íntegramente los servicios prestados por las ópticas. No existen estadísticas oficiales sobre las necesidades insatisfechas de atención óptica.

El SNS solo cubre los **audífonos** para niños y adultos menores de 26 años. Antes de 2019, solo estaban cubiertos para niños menores de 18 años.

A pesar de la introducción de políticas como las garantías de tiempo de espera (véase el apartado 3.2), los tiempos de espera son un problema, sobre todo para las consultas de especialidades al margen de la primaria y algunas cirugías.

3.1.3 Cobros a los usuarios (copagos)

Antes de 2012, los copagos por servicios del SNS solo se aplicaban a los medicamentos recetados, si bien los pensionistas y algunos otros grupos de población estaban exentos (tabla 3).

Tabla 3. Cobros a los usuarios por medicamentos recetados antes de 2012

Fuente: autores.

Tipo de cobro	Exenciones	Tope
<p>La mayoría de los medicamentos para enfermedades crónicas: copago porcentual del 10 % del precio de venta al público con un tope de 4,24 € por receta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensionistas (aquellos no cubiertos por MUFACE, MUGEJU e ISFAS) • Personas receptoras de pensiones no contributivas o rentas de inserción social • Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales • Personas afectadas de síndrome tóxico • Un grupo reducido de personas con discapacidades 	Ninguno
<p>Todos los demás medicamentos: 40 % del precio de venta al público (o 30 % para mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que no se beneficiaban de la exención para pensionistas)</p>		

En 2012, el RDL 16/2012 eliminó la exención del copago en los medicamentos recetados para los pensionistas y aumentó los copagos existentes para el resto de los grupos de población (tabla 4).

Dos comunidades autónomas (Cataluña y Madrid) introdujeron un copago fijo de un euro por receta, pero esta medida fue suspendida después de que el Tribunal Constitucional la considerara inconstitucional, dado que las comunidades autónomas carecen de competencias para establecer cobros a los usuarios.

Cuando la cartera común se dividió en tres modalidades con el RDL 16/2012, se abrieron las puertas a la introducción de nuevos copagos por la prestación ortoprotésica (por ejemplo, dispositivos ortopédicos y férulas, sillas de ruedas, muletas y audífonos), productos dietéticos con fines médicos y medicamentos para pacientes ambulatorios dispensados en las farmacias hospitalarias, por ejemplo, para quimioterapia (esto último no se ha aplicado ni se prevé su aplicación).

Sin embargo, el RDL 16/2012 mantuvo importantes mecanismos de protección, especialmente las exenciones de copagos para algunos beneficiarios de prestaciones sociales y una aportación reducida de copagos en una amplia gama de medicamentos para enfermedades crónicas. La aportación reducida se aplicó al 46 % de los medicamentos cubiertos dispensados en las farmacias en 2018 (Ministerio de Sanidad, 2019).

El RDL 16/2012 también introdujo nuevas protecciones, como un tope mensual en el copago para la mayoría de los pensionistas (no mutualistas), que se vincula a los ingresos y se aplica automáticamente en las farmacias a través del sistema de receta electrónica, y una exención del copago para las personas desempleadas que han agotado la prestación por desempleo.

A partir de 2020, los mecanismos de protección se reforzaron aún más y se amplió la exención del copago a los beneficiarios de la renta mínima garantizada (RDL 20/2020 [Ministerio de la Presidencia, 2020a]). En 2021 se amplió la exención a los pensionistas de rentas bajas, a los niños con discapacidades moderadas y graves y a los hogares que reciben prestaciones por hijos a cargo (Ley 11/2020 [Ministerio de la Presidencia, 2020b]). Un anteproyecto de ley sobre «equidad, universalidad y cohesión del SNS» (que recientemente se ha sacado a consulta pública y se está ultimando) incluye entre sus objetivos evitar la introducción de nuevos copagos (Ministerio de Sanidad, 2021a).

Tabla 4. Cobros a los usuarios por servicios de salud financiados con fondos públicos, 2021

n. a.: no aplicable.
Fuente: autores.

Servicio de salud	Tipo de cobro	Exenciones	Tope
Visitas ambulatorias	No	n. a.	n. a.
Atención dental	No	n. a.	n. a.
Pruebas diagnósticas	No	n. a.	n. a.
Atención hospitalaria	No	n. a.	n. a.
Medicamentos dispensados en hospitales	No	n. a.	n. a.
Visitas en caso de urgencia	No	n. a.	n. a.
Medicamentos recetados	<p>La mayoría de los medicamentos para enfermedades crónicas: copago porcentual del 10 % del precio de venta al público con un importe máximo de 4,24 € por receta (se actualiza anualmente en función de la inflación)</p> <p>Todos los demás medicamentos: Pensionistas con ingresos anuales < 100 000 €: 10 % Pensionistas con ingresos anuales > 100 000 €: 60 % Mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS: 30 % Resto de la población con ingresos anuales < 18 000 €: 40 % Resto de la población con ingresos anuales entre 18 000 y 100 000 €: 50 % Resto de la población con ingresos anuales > 100 000 €: 60 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que reciben pensiones no contributivas o rentas de inserción social • Parados que han agotado la prestación por desempleo • Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales • Personas afectadas de síndrome tóxico • Un grupo reducido de personas con discapacidades. Desde 2020: personas que reciben la renta mínima garantizada • Desde 2021: menores con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % • Desde 2021: personas que reciben prestaciones por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente • Desde 2021: pensionistas con ingresos < 5635 € o 11200 € si no están obligados a pagar el IRPF 	Pensionistas no cubiertos por MUFACE, MUGEJU e ISFAS: ingresos anuales < 18 000 €: 8,23 € al mes ingresos anuales de 18 000 a 100 000 €: 18,52 € al mes ingresos anuales > 100 000 €: 61,75 € al mes
Prestación ortoprotésica (como dispositivos ortopédicos y férulas, sillas de ruedas, muletas y audífonos, etc.)	Las mismas condiciones que para los medicamentos recetados	En general, las mismas condiciones que para los medicamentos recetados; las prótesis de mama y de miembros superiores e inferiores, las sillas de ruedas y sus accesorios están exentos de copago; algunas regiones tienen otras exenciones para las personas con discapacidad	No existe un tope general; el tope varía de 0 a 36 € por artículo y no está vinculado a los ingresos

3.1.4 El papel del Seguro Voluntario de Salud

En España, el SVS desempeña principalmente un papel suplementario, puesto que ofrece a los ciudadanos un acceso más rápido a los tratamientos con una amplia gama de servicios en función de la póliza contratada. Algunas personas también contratan SVS que cubren la atención dental (seguros dentales).

En 2018, se estima que 8,4 millones de personas estaban cubiertas por un seguro voluntario de salud, lo que representaba el 18% de la población (Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras [UNESPA],

2019). En estas cifras no se incluye a los 1,8 millones de funcionarios del Estado adscritos a MUFACE, MUJEGU e ISFAS y sus beneficiarios que optaron por recibir servicios sanitarios de proveedores privados. Aunque es difícil estimar las cifras anuales del periodo considerado en este estudio, debido a la heterogeneidad con la que se presentan los resultados en los informes de UNESPA, sí puede señalarse una tendencia creciente en la población en los últimos años hacia la tenencia de SVS. El porcentaje de población con SVS varía considerablemente según las regiones. Madrid, Cataluña y las Islas Baleares presentan las mayores tasas de cobertura (UNESPA, 2019). Además de la variación regional, los datos de la encuesta de presupuestos familiares muestran cómo varía la contratación por quintiles de consumo. En 2019, alrededor del 40 % de los hogares del quintil más rico había contratado un SVS, frente a solo el 10 % del quintil más pobre. Alrededor del 11 % de la población cuenta con un SVS que cubre la atención dental.

El porcentaje de SVS en el gasto sanitario total también ha crecido de forma constante a lo largo del tiempo, con un aumento del 5,9 % en 2013 al 7,1 % en 2018, lo que representa el 24 % del gasto sanitario privado.

Existe una percepción generalizada de que la atención sanitaria privada ofrece ventajas en cuanto a un acceso más rápido y una mayor comodidad, en comparación con el SNS (Epstein y Jiménez-Rubio, 2019), sobre todo teniendo en cuenta el aumento progresivo de los tiempos de espera para las consultas de especialidades al margen de la primaria y algunas cirugías. Este efecto se vio agravado por la crisis económica, lo que puede explicar por qué el porcentaje de SVS ha crecido desde 2013. Según el Barómetro Sanitario de 2019, el 78 % de las personas con SVS afirmaban que la principal razón para contratar este tipo de seguro era garantizar un acceso más rápido a los tratamientos a través de la atención sanitaria privada (Ministerio de Sanidad, 2019). En estas circunstancias, y teniendo en cuenta las importantes diferencias de ingresos en la contratación de SVS, es posible que este tipo de seguro esté aumentando las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países de la UE, el Gobierno ofrece ventajas fiscales a algunas de las personas, físicas o jurídicas, que contratan SVS. Los trabajadores autónomos y las empresas que contratan SVS para sus empleados pueden deducirse las pólizas de SVS de la base imponible del impuesto sobre la renta y del impuesto sobre sociedades, respectivamente. En el presupuesto de 2021 aumentaron los impuestos sobre las pólizas de seguros del 6 % al 8 %, pero los SVS quedaron exentos de la subida.

La tabla 5 destaca algunos problemas importantes relacionados con la gobernanza de la cobertura, se resumen las principales deficiencias de la cobertura financiada con fondos públicos y se indica el papel que desempeña el SVS a la hora de eliminar esas deficiencias.

Tabla 5. Deficiencias en los servicios financiados con fondos públicos y cobertura del SVS

Fuente: autores.

Dimensión de la cobertura	Criterios para la cobertura poblacional	Cartera de servicios	Cobros a los usuarios (copagos)
Problemas relativos a la gobernanza de la cobertura financiada con fondos públicos	Los obstáculos administrativos pueden dificultar el acceso al tratamiento de las personas que quieren ser atendidas fuera de su comunidad autónoma y la cobertura de inmigrantes en situación no regularizada	Presiones presupuestarias que aumentan los tiempos de espera para las cirugías electivas, consultas externas de especialidades al margen de la primaria y pruebas diagnósticas	Copagos porcentuales para medicamentos recetados y prestación ortoprotésica (como aparatos ortopédicos y férulas, prótesis, sillas de ruedas, muletas y audífonos) Exenciones inexistentes para niños y muchos hogares de bajos ingresos Sin tope en los copagos para los no pensionistas
Principales deficiencias en la cobertura financiada con fondos públicos	Ninguna para los residentes	Cobertura limitada de la atención dental, atención óptica y audífonos	Medicamentos recetados, prestación ortoprotésica
¿Estas deficiencias están cubiertas por el SVS?	No	Parcialmente: El 18 % de la población cuenta con un SVS, que ofrece un acceso más rápido a la atención especializada ambulatoria y a pruebas diagnósticas; alrededor del 11 % de la población cuenta con un SVS con cobertura dental	No; el SVS no suele cubrir los copagos de los medicamentos recetados

3.2 Acceso, uso y necesidades insatisfechas

El proceso de descentralización del sistema sanitario, finalizado en 2002, ha conllevado un aumento significativo del número de centros de salud y una distribución más uniforme en todo el país, lo que ha reducido en gran medida las barreras geográficas de acceso a la atención sanitaria. Los obstáculos económicos para acceder a la mayoría de los servicios de salud también son bajos gracias al uso limitado de copagos y a una cartera de servicios relativamente completa. Los tiempos de espera son los principales obstáculos para acceder a la atención sanitaria. Entre las personas que opinan que el SNS necesita reformas importantes (31 %), el 87 % señalaron los tiempos de espera como el principal problema que se debe solucionar (Ministerio de Sanidad, 2019).

Los tiempos de espera para cirugía han aumentado desde 2010, año en que se empezaron a aplicar recortes presupuestarios en sanidad. El porcentaje de personas que esperan más de dos meses para una consulta externa ha aumentado desde 2011 (Oliva et al., 2018). Los datos oficiales indican que de 2006 a 2019 el tiempo medio de espera para una intervención quirúrgica no urgente y para una primera visita con un especialista aumentó de 70 a 115 días y de 54 a 81 días, respectivamente; el número de personas que esperan para una intervención quirúrgica no urgente por cada 100 000 habitantes también aumentó de 9,4 a 14,8 (Ministerio de Sanidad, 2021b).

Se han introducido diferentes medidas para reducir los tiempos de espera, como estipular por ley los tiempos de espera máximos para procedimientos quirúrgicos en cada región. Estas medidas se han aplicado de manera desigual en las diferentes regiones. La mayoría comenzaron a principios de la década de 2000 y Asturias fue la última en 2018. Si se supera el tiempo de espera máximo, se ofrece al paciente un proveedor alternativo, ya sea público o privado. Sin embargo, no todas las regiones garantizan los plazos máximos para las consultas externas de especialidades al margen de la primaria.

Otras medidas se han centrado en aumentar la cantidad de intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, ampliando el horario de trabajo de los cirujanos sobre la base del pago de honorarios por servicio o aumentando la financiación de nuevos equipos, aunque sin mucho éxito.

Los datos de las Estadísticas de la Unión Europea sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC) indican que las necesidades insatisfechas (cuadro 1) debido al coste, a la distancia o a los tiempos de espera son sustancialmente mayores en el caso de la atención dental que en el de la atención sanitaria. Las necesidades insatisfechas de atención sanitaria en España son sistemáticamente muy inferiores a la media de la UE (figura 1). Por el contrario, las necesidades insatisfechas por lo que respecta a la atención dental en España superaron la media de la UE en 2019, tras un gran aumento durante la crisis económica (figura 1).

De promedio, las necesidades insatisfechas crecieron en España durante los años de la crisis económica, de 2008 a 2014, y empezaron a reducirse a partir de 2014 (figura 1). En el caso de las necesidades insatisfechas en el ámbito de la atención dental, el aumento fue especialmente acusado. En lo que respecta a la desigualdad de ingresos en las necesidades insatisfechas, es evidente que el aumento de estas últimas a lo largo del tiempo se debió en gran medida al aumento entre el quintil más pobre (figura 2). Las desigualdades por el nivel de ingresos en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria se redujeron después de 2014 y habían desaparecido en 2018 (Oliva et al., 2018), pero en el caso de la atención dental han persistido; el porcentaje de personas en el quintil más pobre con necesidades insatisfechas de atención dental era el doble en 2019 que en 2006 (12 % frente a 6 %) (Urbanos-Garrido, 2020).

Los datos de las EU-SILC muestran muy poca variación en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria o dental por grupos de edad.

Cuadro 1. Necesidades insatisfechas de atención sanitaria

Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).

Los indicadores de protección financiera reflejan las dificultades financieras de las personas que incurren en pagos directos al utilizar los servicios sanitarios. Sin embargo, no indican si los pagos directos obstaculizan el acceso y, por ende, impiden satisfacer una necesidad de atención sanitaria. Las necesidades insatisfechas son un indicador del acceso, definido como los casos en que quienes necesitan atención sanitaria no la reciben como resultado de la existencia de barreras de acceso.

La información sobre el uso de la asistencia sanitaria o las necesidades insatisfechas no se recoge de forma rutinaria en las encuestas de presupuestos familiares utilizadas para analizar la protección financiera. Estas encuestas indican qué hogares no han realizado pagos directos, pero no el motivo. Es posible que los hogares que no efectúan pagos directos no necesiten asistencia sanitaria, estén exentos de los pagos de los usuarios o se enfrenten a obstáculos para acceder a los servicios sanitarios que necesitan.

Un análisis de la protección financiera que no tenga en cuenta las necesidades insatisfechas podría ser insuficiente. Un país puede tener una incidencia relativamente baja de pagos directos catastróficos porque muchas personas no utilizan la asistencia sanitaria debido a la limitada disponibilidad de los servicios u otras barreras de acceso. Por el contrario, las reformas que aumentan el uso de los servicios pueden incrementar los pagos directos de las personas —a través, por ejemplo, de los pagos de los usuarios— si no existen políticas de protección. En estos casos, las reformas pueden mejorar el acceso a la atención sanitaria pero, al mismo tiempo, aumentar las dificultades financieras.

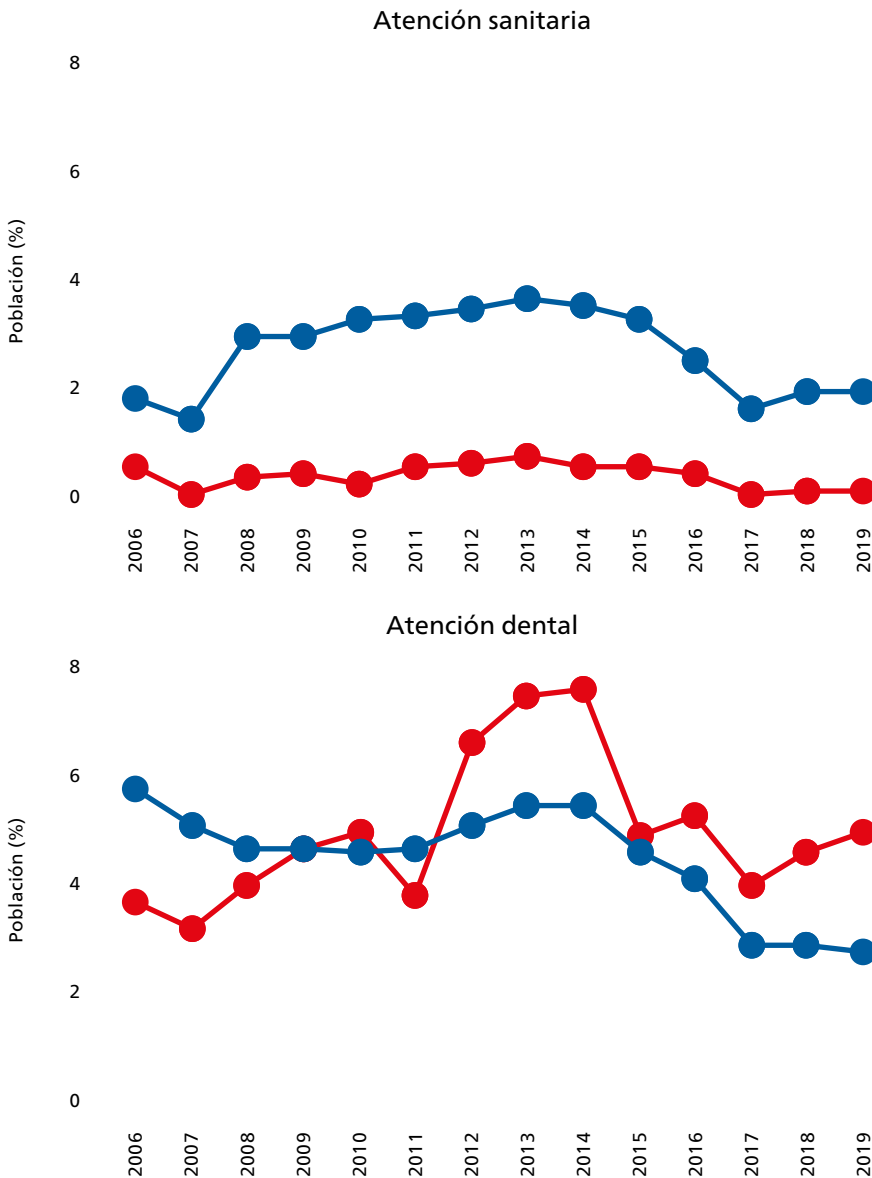
Este estudio utiliza los datos sobre las necesidades insatisfechas para complementar el análisis de la protección financiera. También llama la atención sobre los cambios en la proporción y la distribución de los hogares que no presentan pagos directos. Si los aumentos en la proporción de hogares sin pagos directos no pueden explicarse por los cambios en el sistema sanitario —por ejemplo, una mayor protección para ciertos hogares—, pueden ser impulsados por los aumentos en la necesidad insatisfecha.

Cada año, los Estados miembros de la Unión Europea recaban datos sobre las necesidades insatisfechas de atención sanitaria y dental a través de las EU-SILC. Estos datos pueden desglosarse por edad, sexo, nivel educativo e ingresos. Aunque esta importante fuente de datos carece de poder explicativo y tiene un valor limitado para fines comparativos debido a las diferencias en la presentación de informes por parte de los países, es útil para identificar la evolución a lo largo del tiempo dentro de un país (Arora et al., 2015; Grupo de expertos sobre formas eficaces de invertir en salud de la Comisión Europea, 2016, 2017).

Los Estados miembros de la UE también recaban datos sobre las necesidades insatisfechas a través de la Encuesta Europea de Salud (EHIS) que se realiza cada cinco años aproximadamente. La segunda encuesta se realizó en 2014. En 2019 se puso en marcha una tercera encuesta.

Mientras que las EU-SILC proporcionan información sobre las necesidades insatisfechas en proporción a la población mayor de 16 años, la EHIS proporciona información sobre las necesidades insatisfechas entre los que declaran necesitar asistencia. La EHIS también pregunta a las personas sobre las necesidades insatisfechas de medicamentos recetados.

Figura 1. Necesidades insatisfechas autodeclaradas de atención sanitaria y dental debido al coste, la distancia y los tiempos de espera, España y la UE



● UE
● España

Nota: población a partir de 16 años.

Fuente: datos de las EU-SILC de Eurostat (2021).

A partir de los datos de la EHIS sobre las necesidades insatisfechas debido al coste de atención sanitaria, atención dental y medicamentos recetados se pueden extraer tres conclusiones (figura 3). En primer lugar, los datos confirman que la atención dental aumenta mucho más las necesidades insatisfechas debido al coste que la atención sanitaria o los medicamentos recetados en España y la UE. Este sería el único ámbito de la atención sanitaria en el que España sale mal parada en comparación con la media de la UE. En segundo lugar, corroboran que en España las necesidades insatisfechas son sistemáticamente inferiores a la media entre las personas mayores (de más de 65 años). En tercer lugar, aunque las desigualdades

socioeconómicas en las necesidades insatisfechas debido al coste —en este caso medidas en función del nivel de estudios— son palpables en el caso de la atención sanitaria, la atención dental y los medicamentos recetados, son más evidentes en el caso de los medicamentos, donde son más de tres veces mayores en las personas con menos estudios que en las de mayor nivel de formación. Los datos de la EHIS sobre necesidades insatisfechas de servicios de salud mental debido al coste indican que en España están por debajo (1,6 % en 2014) de la media de la UE (2,7 %).

Figura 2. Desigualdades en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria y dental debido al coste, la distancia y los tiempos de espera, por quintil de consumo en España

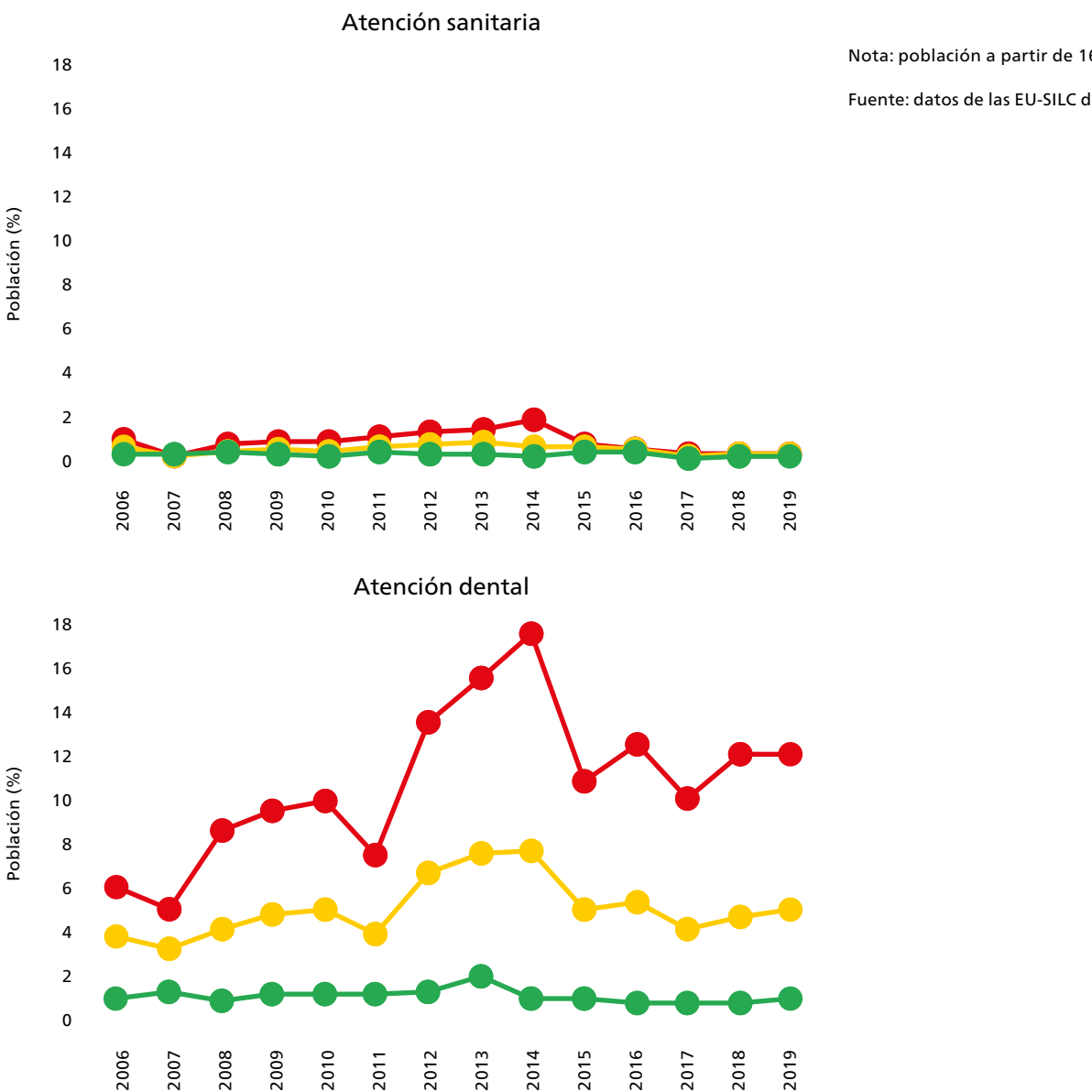
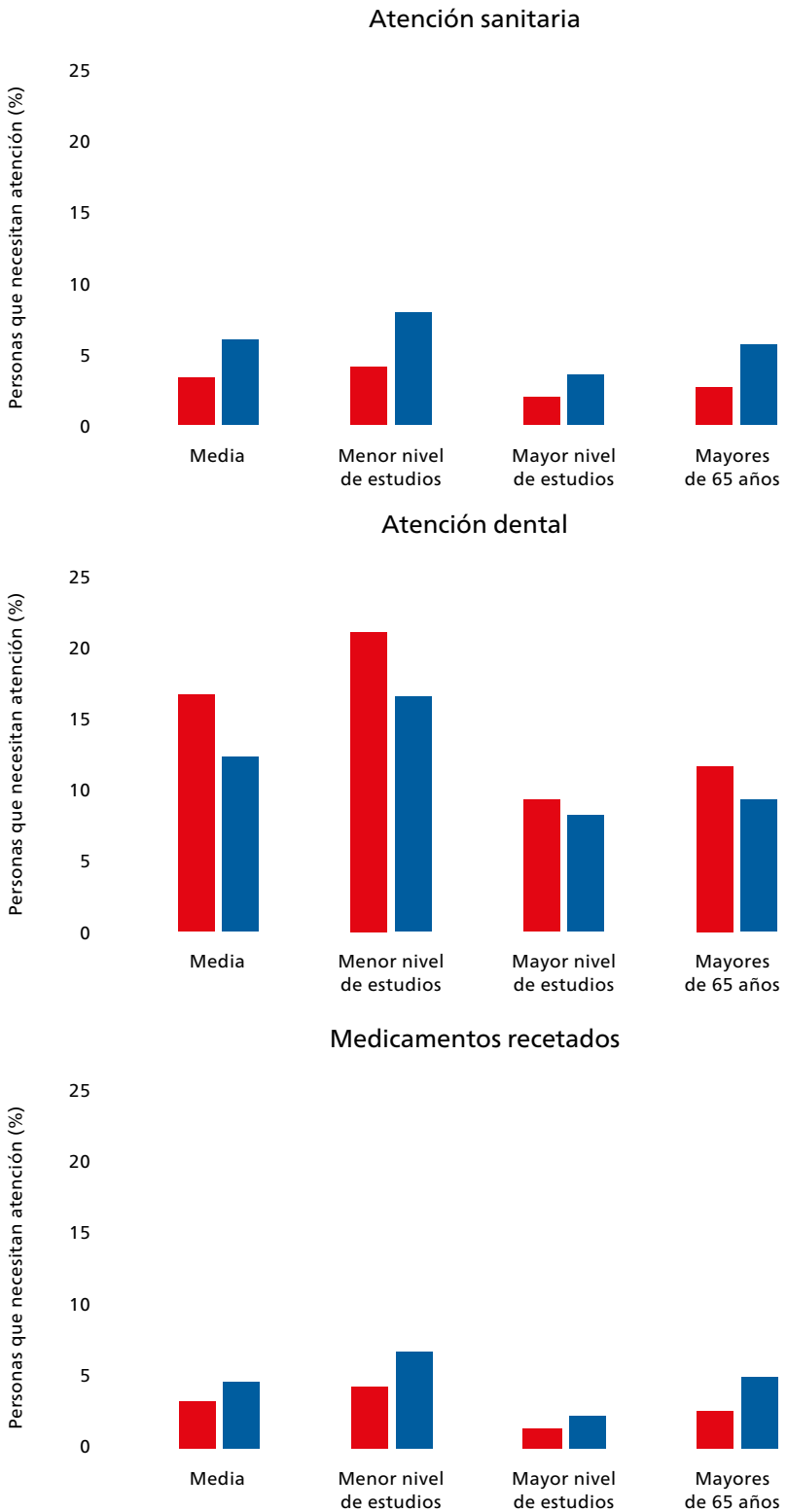


Figura 3. Necesidades insatisfechas autodeclaradas debido al coste por edad y nivel de estudios, España y UE, 2014

● España
● UE



Nota: necesidades insatisfechas autodeclaradas entre las personas mayores de 15 años que declaran necesitar asistencia.

Fuente: datos de la EHIS de Eurostat (2021).

Los niveles relativamente bajos de necesidades insatisfechas de atención sanitaria en España se consiguen gracias a una amplia red de centros de salud, al acceso a una amplia cartera de servicios y a la ausencia de copagos para las visitas médicas, las pruebas diagnósticas y la atención hospitalaria.

Esto contrasta con la atención dental, cuya cartera de servicios es muy limitada, especialmente para los adultos. Aunque los servicios dentales cubiertos son gratuitos en el momento de utilizarlos, la mayor parte de la atención dental no está cubierta y debe pagarse de forma directa. Los obstáculos económicos para acceder a los servicios dentales se agravaron durante la crisis económica con la reducción de los ingresos de los hogares (Urbanos-Garrido, 2020).

Las desigualdades socioeconómicas en las necesidades insatisfechas de medicamentos recetados ponen de manifiesto los copagos existentes para estos medicamentos y la protección limitada de los copagos para la población infantil y en edad de trabajar con bajos ingresos. La protección de los hogares con bajos ingresos se ha reforzado desde 2020, pero todavía no se ha establecido un tope en los copagos para la población no pensionista.

En un estudio reciente se observa que quienes declaran tener problemas para comprar los medicamentos recetados por los médicos del SNS son principalmente trabajadores con unos ingresos familiares inferiores a 900 € al mes y pensionistas con unos ingresos mensuales inferiores a 600 € al mes (Rodríguez-Feijó y Rodríguez Caro, 2021). Del mismo modo, los beneficiarios de organizaciones no gubernamentales como el Banco Farmacéutico, que proporciona medicamentos de forma gratuita a los hogares con bajos ingresos, suelen ser adultos con un bajo nivel de estudios, desempleados, con discapacidades funcionales y con uno o más hijos (Rubio-Varela et al., 2021).

Los obstáculos administrativos también pueden limitar el acceso a los medicamentos (Defensor del Pueblo, 2017). Los copagos y el tope de los copagos de los medicamentos recetados se basan en las estimaciones de ingresos anuales facilitadas por la Agencia Tributaria (Ministerio de Hacienda) y actualizadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para el año anterior. Esto puede suponer dificultades para las personas que se jubilan, pierden el trabajo o sufren una reducción de los ingresos en el transcurso del año y tienen que esperar al final del ejercicio fiscal para que se realice una nueva estimación de sus ingresos.

El porcentaje relativamente pequeño de población que declara necesidades insatisfechas de atención a la salud mental debido al coste indica que este tipo de atención está cubierta por el SNS y las visitas no implican copagos. Sin embargo, la baja disponibilidad de psicólogos y psiquiatras en España en comparación con otros países de la UE (Defensor del Pueblo, 2020a; Eurostat, 2021) y la evidencia anecdótica sugieren que los tiempos de espera para la atención psicológica y psiquiátrica son un obstáculo para el acceso (Defensor del Pueblo, 2020b). Lamentablemente, la forma en que se monitorizan y se comunican los tiempos de espera presenta grandes diferencias entre las comunidades autónomas y dificultan su comparación.

3.3 Resumen

Aunque el SNS funciona de forma ampliamente descentralizada en las 17 comunidades autónomas, las políticas de cobertura las definen de forma centralizada el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial, formado por todos los consejeros y consejeras de Sanidad y por la ministra o ministro de Sanidad.

En el contexto de la crisis económica, en 2012 se introdujeron importantes cambios en las políticas de cobertura, algunos de los cuales se han revertido al cabo de los años.

El criterio que se utiliza para acceder a la cobertura del SNS es la residencia, y los inmigrantes en situación no regularizada tienen derecho al mismo nivel de cobertura que los residentes. Por lo tanto, la cobertura de la población es prácticamente universal. En 2012 el criterio para acceder a la cobertura se basaba en la condición de «asegurado» en el sistema de la Seguridad Social, lo que limitaba el acceso de los inmigrantes en situación no regularizada, pero este cambio se revirtió en 2018.

La cartera de servicios del SNS es amplia y presenta pocas variaciones regionales. Las principales deficiencias en la cobertura son la atención dental, que es muy limitada para los adultos, la atención óptica (gafas, lentes de contacto) y los audífonos, que no están cubiertos para los adultos mayores de 26 años. La mayor parte de estos servicios se deben pagar de forma directa.

Los servicios sanitarios y dentales del SNS son gratuitos casi en su totalidad en el momento de utilizarlos. Los copagos de los servicios del SNS se limitan a los medicamentos recetados y a la prestación ortoprotésica (como aparatos ortopédicos y férulas, prótesis, sillas de ruedas, muletas y audífonos). Estos artículos están sujetos a copagos porcentuales, que se reducen significativamente en la mayoría de los medicamentos para enfermedades crónicas y para la mayoría de los pensionistas, y se reducen levemente para la población infantil y en edad de trabajar con bajos ingresos. Los pensionistas también tienen un tope de protección en función de los ingresos mensuales para los copagos de medicamentos recetados.

Los copagos sufrieron cambios sustanciales en 2012, lo que afectó de manera importante a muchos hogares, pero fueron especialmente notables para los pensionistas, que hasta ese momento habían estado exentos. De todos modos, en 2012 se mantuvieron otras exenciones de los copagos y se introdujo un tope para proteger a los pensionistas. Desde 2020 se han reforzado las exenciones de los copagos, también para los hogares con bajos ingresos, pero la evidencia de las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los medicamentos indica que se necesita una mayor protección para los hogares con bajos ingresos.

Los tiempos de espera son un obstáculo importante para el acceso y han aumentado notablemente desde 2010, a pesar de las garantías regionales de los tiempos de espera y un conjunto de medidas adicionales que varían en función de la región. El aumento de los tiempos de espera puede explicar el creciente incremento en las contrataciones de SVS

suplementarios para acceder más rápido a los tratamientos, que cubren de promedio a algo más de una quinta parte de la población y llegan a una tercera parte en algunas regiones. Es probable que los SVS agraven las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, puesto que son más prevalentes en los hogares más ricos.

Los obstáculos administrativos también pueden limitar el acceso a los servicios del SNS, sobre todo en el caso de las personas que experimentan un cambio en su situación económica y deben esperar al siguiente ejercicio fiscal para beneficiarse de los copagos reducidos, pero también en el caso de los inmigrantes en situación no regularizada (lagunas legales y retrasos para que los servicios sociales autoricen el acceso); de las personas extranjeras reagrupadas legalmente con familiares residentes en España, y de los solicitantes de asilo (retrasos en el proceso de reconocimiento como solicitantes de asilo).

Las necesidades insatisfechas de servicios de salud varían según el tipo de atención en España. Son mucho mayores para la atención dental que para la atención sanitaria o los medicamentos debido a la limitada cobertura del SNS en el ámbito de la atención dental para adultos. Los niveles muy bajos de necesidades insatisfechas de atención sanitaria en España —que sistemáticamente se encuentran muy por debajo de la media de la UE— se consiguen gracias a una amplia red de centros de salud, al acceso a una amplia cartera de servicios y a la ausencia de copagos para las visitas médicas, las pruebas diagnósticas y la atención hospitalaria.

Las necesidades insatisfechas, sobre todo por lo que respecta a la atención dental, aumentaron durante la crisis económica. El aumento durante ese periodo se debió en gran medida al incremento de las necesidades insatisfechas entre las personas más pobres. Las desigualdades por el nivel de ingresos en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria se redujeron después de la crisis, pero han persistido en el caso de la atención dental. La necesidad insatisfecha de atención dental era el doble en 2019 que en 2006. No se detecta una gran variación en las necesidades insatisfechas de atención sanitaria o dental por edad.

4. Gasto de los hogares en salud

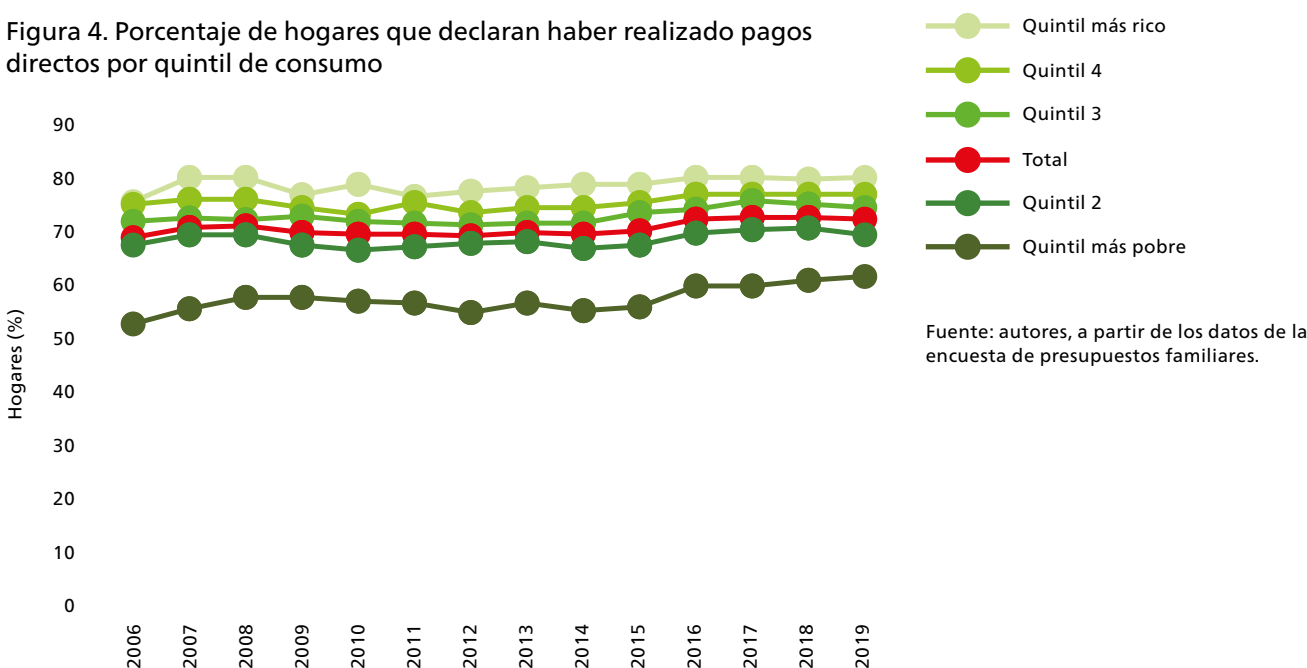
En la primera parte de este apartado se utilizan los datos de la encuesta de presupuestos familiares para presentar las tendencias del gasto de los hogares en salud, es decir, los pagos directos, pagos formales e informales que realizan las personas en el momento de utilizar cualquier bien o servicio prestado en el sistema sanitario. En la segunda parte se utilizan los datos de esta misma encuesta para examinar la evolución del gasto en pólizas de SVS. En la tercera y cuarta parte se describe el papel de los pagos informales y se analiza la evolución del gasto público y privado en salud a lo largo del tiempo a partir de los datos de las cuentas nacionales de salud.

4.1 Pagos directos

Casi tres cuartas partes (73 %) de los hogares declararon haber realizado pagos directos en 2019, frente al 68 % en 2006 (figura 4). El aumento fue más pronunciado en el quintil más pobre. El porcentaje de pagos directos aumentó antes de la crisis económica, se redujo en los primeros años de la crisis y volvió a incrementarse entre 2013 y 2019, lo que pone de manifiesto un aumento en los cobros a los usuarios (copagos) introducido en 2012 y la mejora de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares a partir de 2014, a medida que la economía se empezó a recuperar.

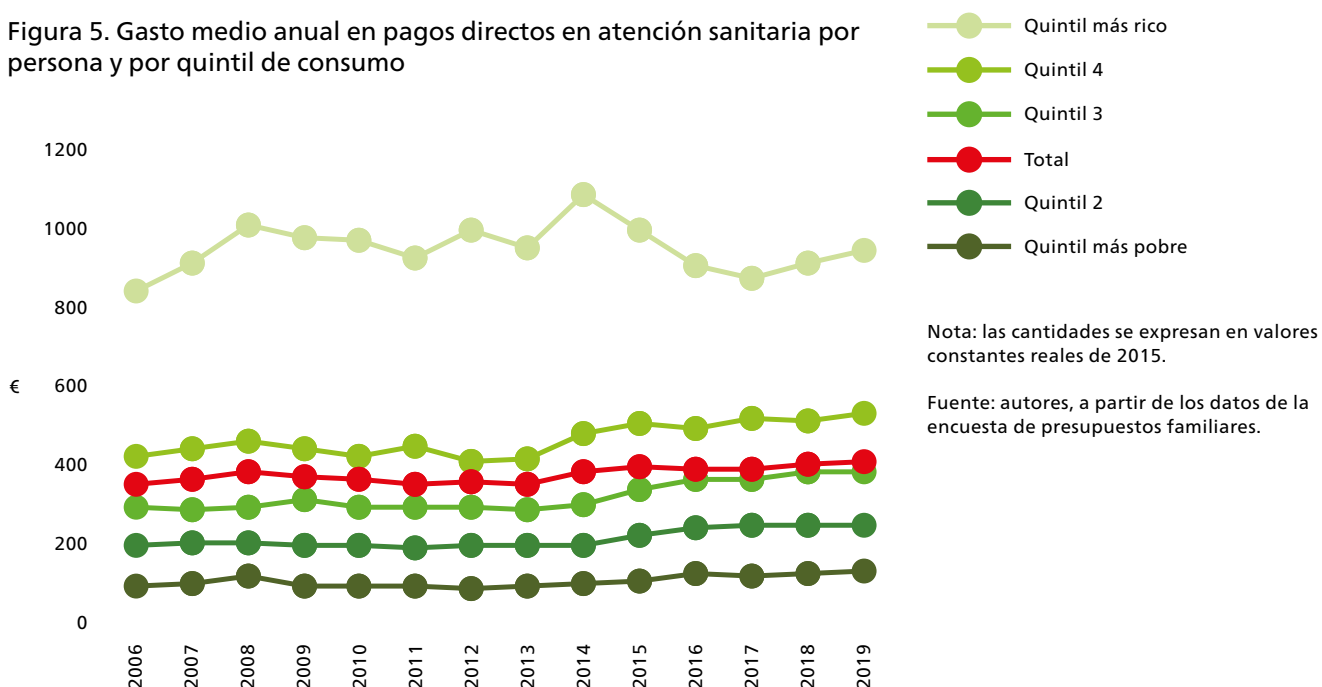
Los hogares más ricos presentan sistemáticamente mayor probabilidad de realizar pagos directos que los hogares más pobres (figura 4). La brecha entre los quintiles más ricos y los más pobres se redujo durante el periodo de estudio debido a un fuerte aumento en el porcentaje de hogares que declaraban pagos directos en el quintil más pobre, que pasó del 52 % en 2006 al 62 % en 2019.

Figura 4. Porcentaje de hogares que declaran haber realizado pagos directos por quintil de consumo



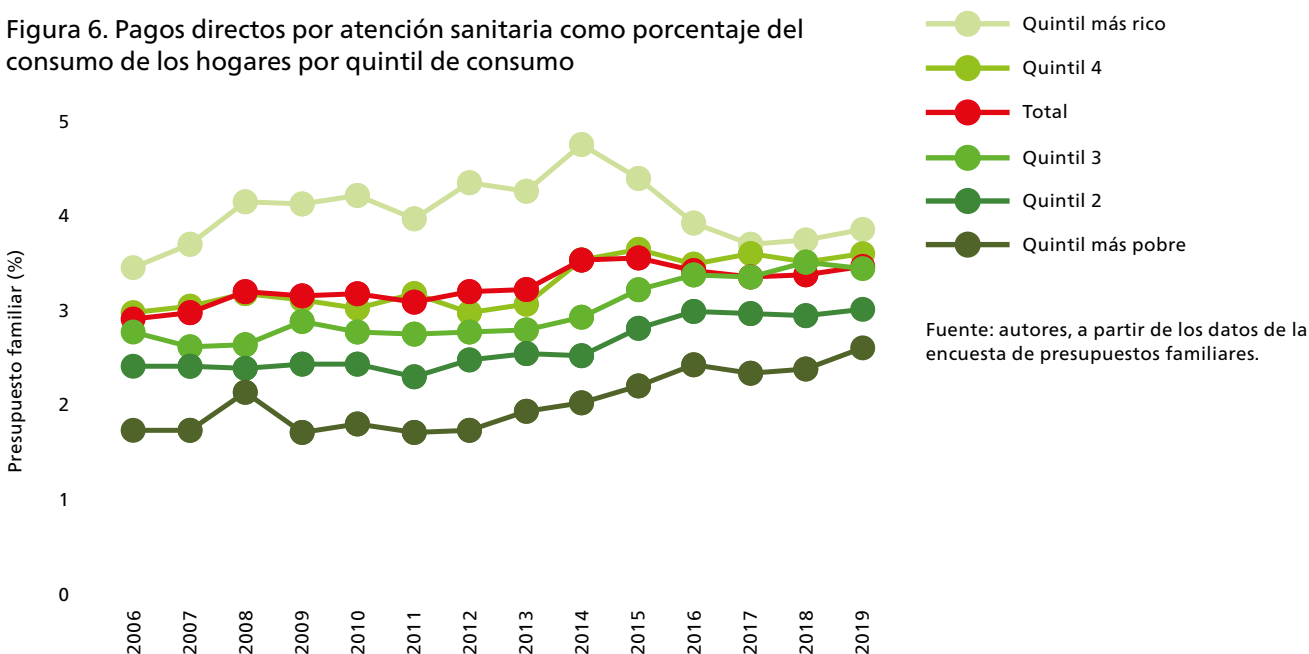
El importe medio anual de los pagos directos aumentó en términos reales de 344 € por persona en 2006 a 381 € en 2008, bajó a 345 € en 2013 y volvió a subir a 403 € en 2019 (figura 5). El aumento más pronunciado se produjo en 2014. Los hogares más ricos gastan sistemáticamente más en salud que los más pobres; en 2019 gastaron más del triple que el quintil más pobre. Durante el periodo de estudio, el aumento de los pagos directos fue mayor para el quintil más pobre (51 %) y menor para el más rico (12 %).

Figura 5. Gasto medio anual en pagos directos en atención sanitaria por persona y por quintil de consumo



Los pagos directos también aumentaron como proporción del consumo de los hogares (presupuesto familiar) (figura 6). El aumento más acusado se produjo en el quintil más pobre, que sufrió la mayor reducción del consumo total y de la capacidad de pago neta por atención sanitaria durante los años de la crisis. Entre 2007 y 2014, la capacidad de pago neta por atención sanitaria se redujo un 24 % en el quintil más pobre, frente al 20 % de media (estos datos no se muestran). La diferencia entre los quintiles se redujo durante el periodo de estudio.

Figura 6. Pagos directos por atención sanitaria como porcentaje del consumo de los hogares por quintil de consumo

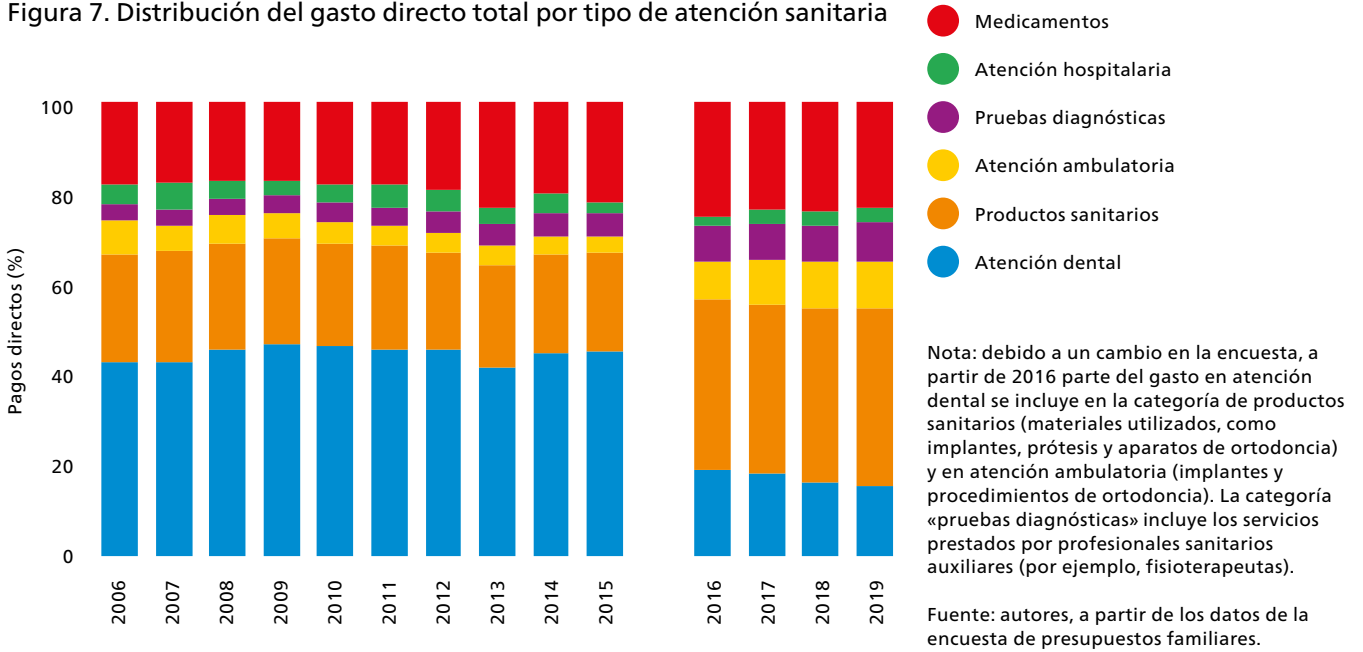


Los pagos directos se deben principalmente a la atención dental (16 % en 2019), que en su mayor parte está excluida de la cobertura del SNS, los productos sanitarios (39 %, repartido mayoritariamente en atención óptica y material ortopédico) y los medicamentos (23 %) (figura 7). Todas estas categorías de atención sanitaria están sujetas a los copagos del SNS. La atención hospitalaria, las pruebas diagnósticas y la atención ambulatoria, que están totalmente cubiertas por el SNS (sin copagos), representaron en conjunto solo el 20 % de los pagos directos en 2019.

Debido a un cambio en la metodología de la encuesta a partir de 2016, parte del gasto en atención dental se incluye en la categoría de productos sanitarios (*materiales* utilizados en los procedimientos odontológicos, como implantes, prótesis y aparatos de ortodoncia) y en atención ambulatoria (implantes y *procedimientos* de ortodoncia). Por ello, no es posible comparar estas tres categorías antes y después de 2016. Sin embargo, en la figura 7 se muestran conjuntamente las categorías relacionadas con la atención dental (en azul, naranja y amarillo) y se observa un pequeño descenso en la proporción que representan sobre el gasto de los hogares en salud durante la crisis económica. El porcentaje de gasto en pruebas diagnósticas aumentó después de la crisis, tal vez como consecuencia del aumento en los tiempos de espera para tratamientos especializados.

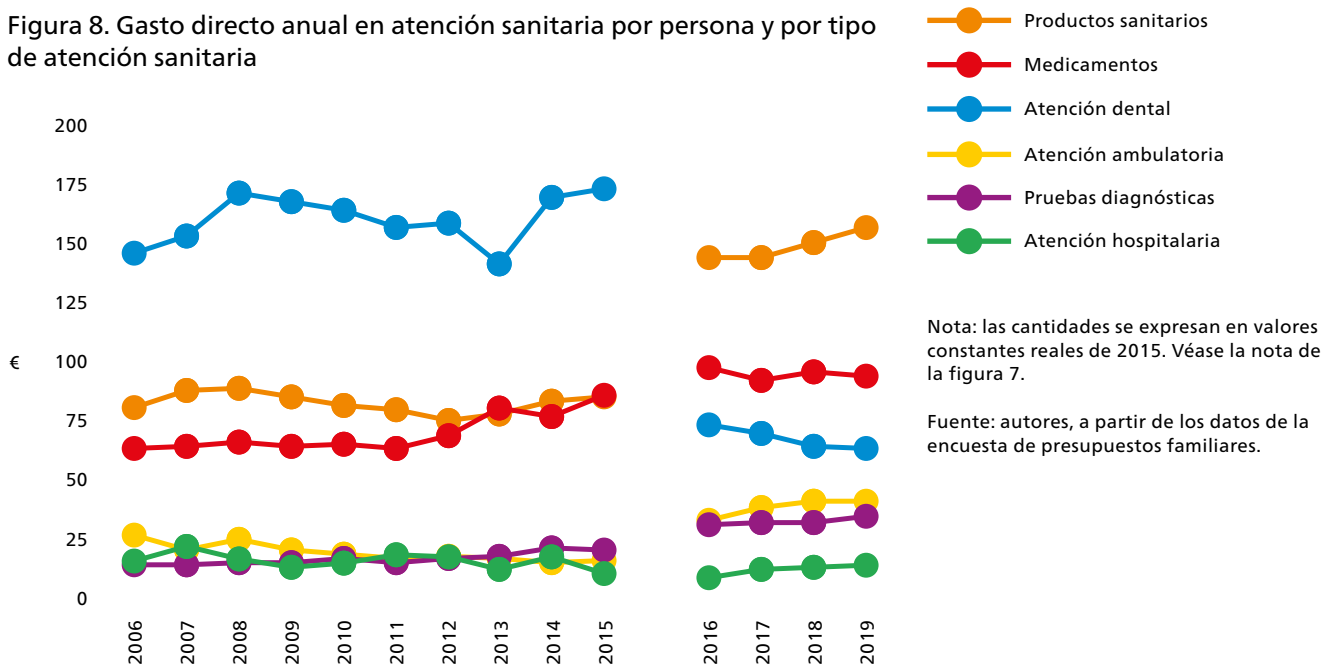
El porcentaje de gasto de medicamentos en el gasto directo aumentó con el tiempo y pasó del 18 % en 2006 al 23 % en 2019. El aumento más visible se produjo en 2013, tras la introducción de nuevos copagos y copagos más elevados para los medicamentos recetados. Este porcentaje volvió a caer en 2014, pero cabe destacar que, antes de los cambios en las políticas de cobertura sanitaria de 2012, los medicamentos representaban un máximo del 18 % del gasto directo y, después de los cambios, pasaron a representar un máximo del 25 %.

Figura 7. Distribución del gasto directo total por tipo de atención sanitaria



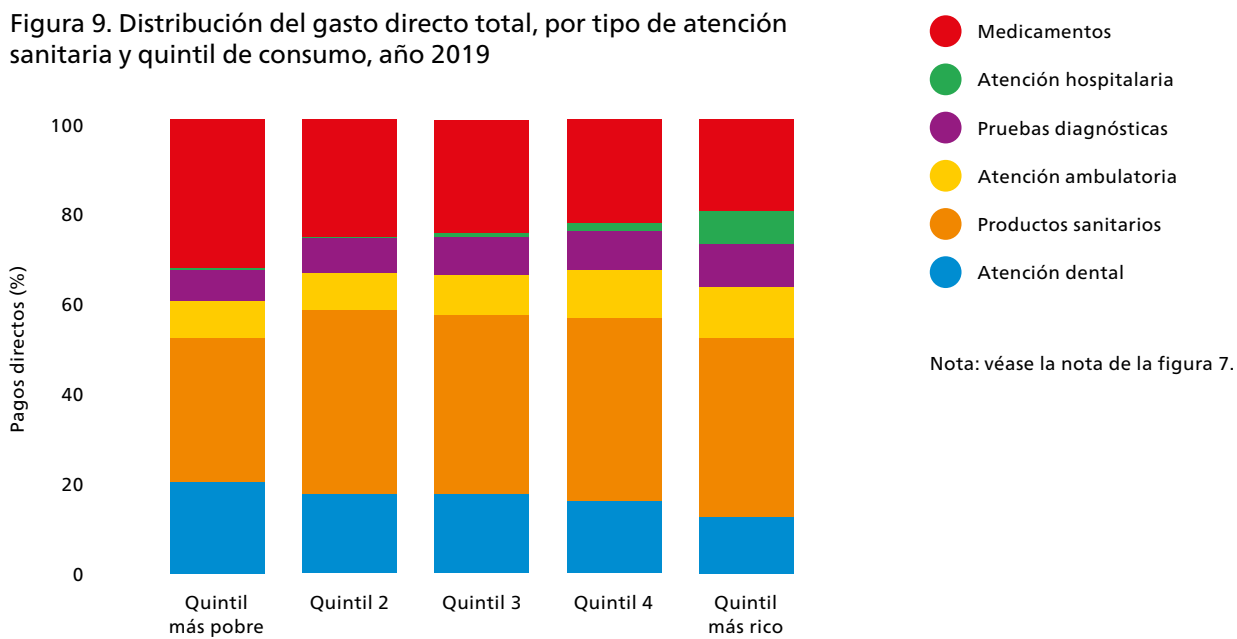
El gasto directo en atención dental y productos sanitarios se redujo durante la crisis económica, pero el gasto en medicamentos aumentó de forma constante entre 2012 y 2016 (figura 8). Este aumento se produjo en todos los quintiles.

Figura 8. Gasto directo anual en atención sanitaria por persona y por tipo de atención sanitaria



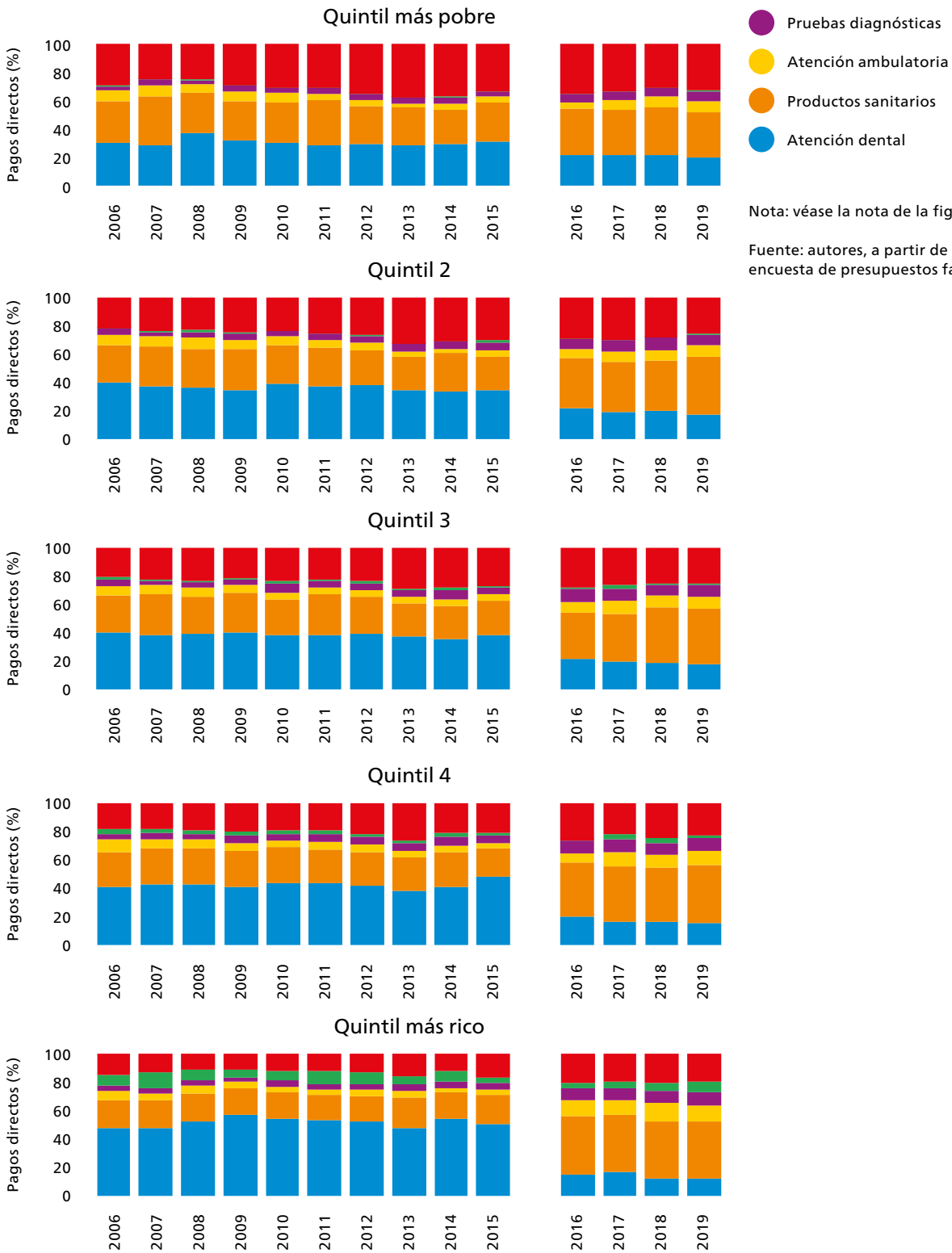
En la figura 9 se muestra la distribución del gasto directo por tipo de atención sanitaria y quintil en 2019. Existe un claro gradiente social en el gasto directo en las tres categorías relacionadas con la atención dental — atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria—, así como en los medicamentos y la atención hospitalaria. Los hogares más ricos dedican una mayor parte del gasto directo a las categorías relacionadas con la atención dental y la atención hospitalaria, mientras que los hogares más pobres dedican una mayor parte a los medicamentos. Esto indica que los hogares más pobres priorizan el gasto en medicamentos sobre la atención dental, lo que pone de manifiesto la elevada desigualdad por el nivel de ingresos en las necesidades insatisfechas de atención dental (véase la figura 2).

Figura 9. Distribución del gasto directo total, por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo, año 2019



La tendencia en la distribución del gasto directo por quintil de consumo a lo largo del tiempo indica que el gradiente social en la atención dental y los medicamentos (representado por la evolución a lo largo del tiempo del porcentaje del gasto en los diferentes quintiles) se agravó durante la crisis económica (figura 10).

Figura 10. Distribución del gasto directo total por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo



- Medicamentos
- Atención hospitalaria
- Pruebas diagnósticas
- Atención ambulatoria
- Productos sanitarios
- Atención dental

Nota: véase la nota de la figura 7.

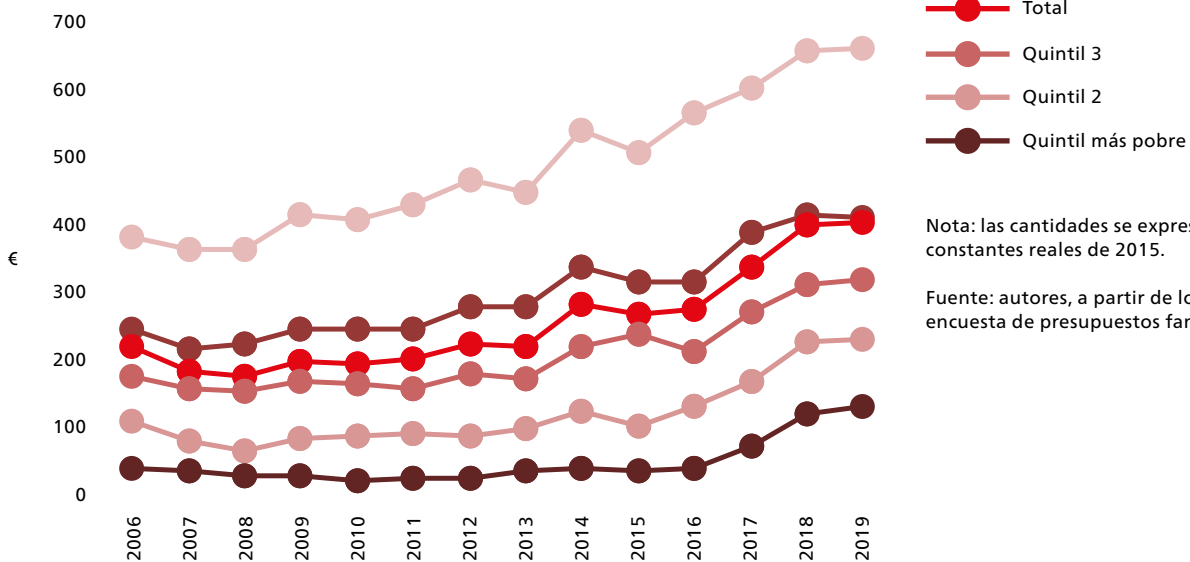
Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.

4.2 Pólizas de SVS

En 2019, en aquellos hogares que habían suscrito un SVS, el gasto anual en pólizas por persona, fue de unos 400 € (figura 11). El gasto en pólizas de SVS se duplicó durante el periodo de estudio (figura 11). El aumento más pronunciado se produjo a partir de 2014, cuando comenzó la recuperación económica.

Aunque la contratación de SVS (a partir del gasto notificado en pólizas de SVS) es mucho más frecuente entre los hogares más ricos que entre los más pobres y la diferencia se ha incrementado aún más con el tiempo, el aumento en el gasto en pólizas de SVS fue mayor, en términos relativos, en los dos quintiles más pobres. Por ello, aunque los hogares más ricos gastan sistemáticamente más en SVS que los hogares más pobres, la diferencia relativa de gasto en pólizas de SVS entre quintiles se ha reducido a lo largo de los años.

Figura 11. Gasto medio anual en pólizas de SVS por persona (entre los hogares que declaran haber suscrito un SVS)

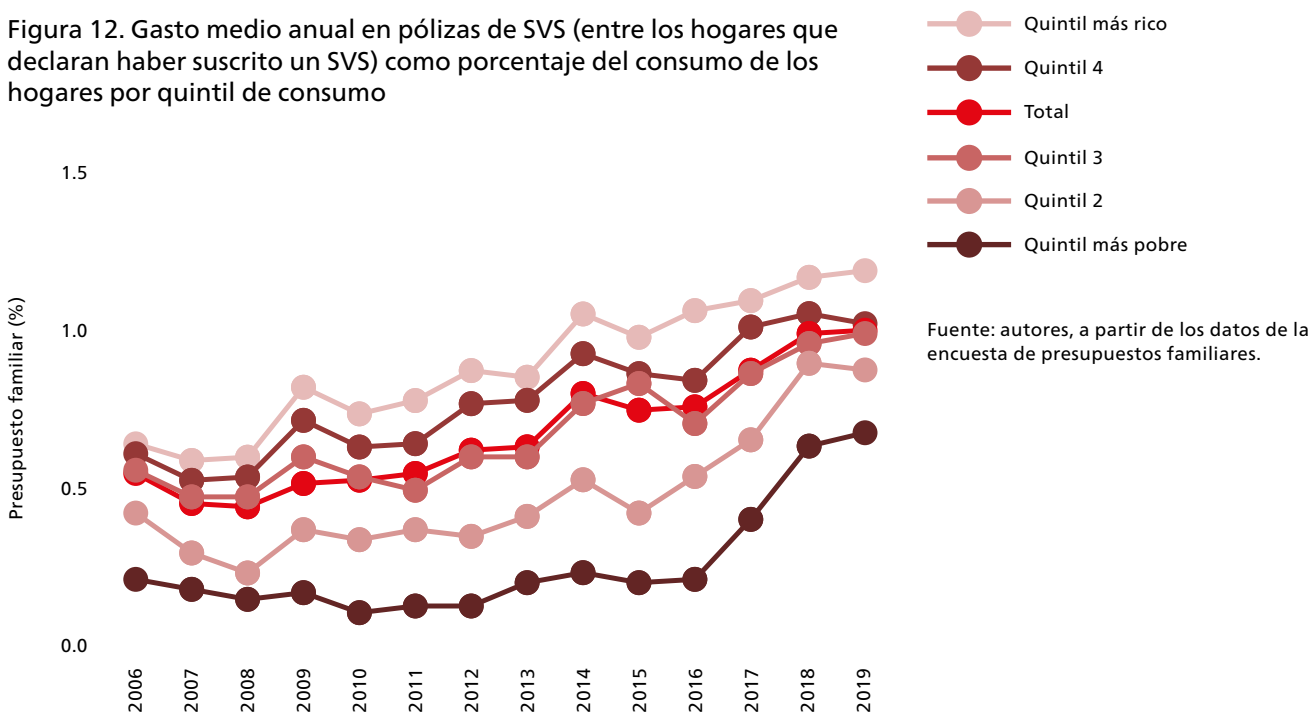


Nota: las cantidades se expresan en valores constantes reales de 2015.

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.

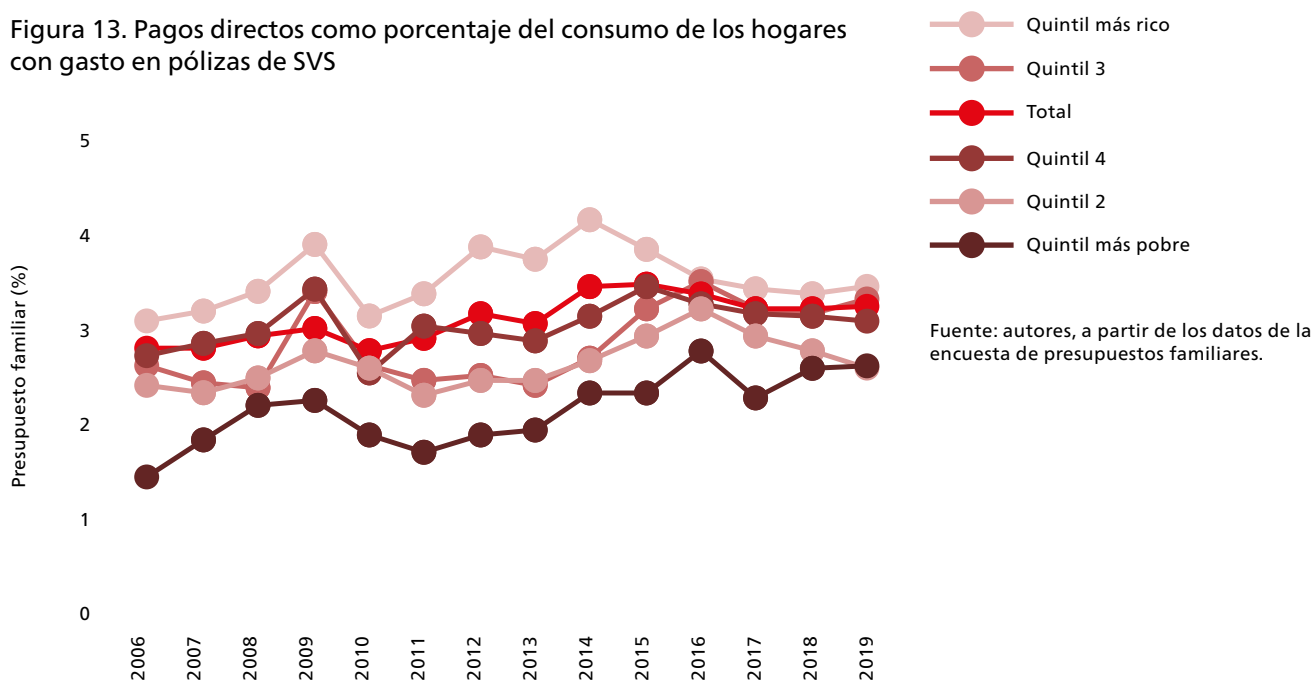
Los hogares más ricos no solo gastan más en pólizas de SVS que los hogares más pobres, sino que gastan más en proporción al gasto total del hogar (figura 12). En 2019, las pólizas de SVS representaron, en promedio, el 1 % del gasto total de los hogares que declararon haber suscrito un SVS (figura 12). La proporción del gasto de los hogares correspondiente al SVS se duplicó en promedio durante el periodo de estudio, con un aumento en todos los quintiles.

Figura 12. Gasto medio anual en pólizas de SVS (entre los hogares que declaran haber suscrito un SVS) como porcentaje del consumo de los hogares por quintil de consumo



En la figura 13 se muestran los pagos directos como porcentaje del gasto total de los hogares que contratan pólizas de SVS. Si se compara con la figura 6, que muestra los pagos directos como porcentaje del gasto total de todos los hogares, es evidente que el SVS reduce la carga financiera de los pagos directos en los quintiles más ricos, pero no en el quintil más pobre. Esto puede deberse a que el SVS suele cubrir la atención hospitalaria, la atención especializada ambulatoria y parte de la atención dental —los tipos de atención sanitaria en los que es más probable que gasten los hogares más ricos—, pero no los medicamentos, que es el gasto que más suelen realizar los hogares más pobres.

Figura 13. Pagos directos como porcentaje del consumo de los hogares con gasto en pólizas de SVS



4.3 Pagos informales

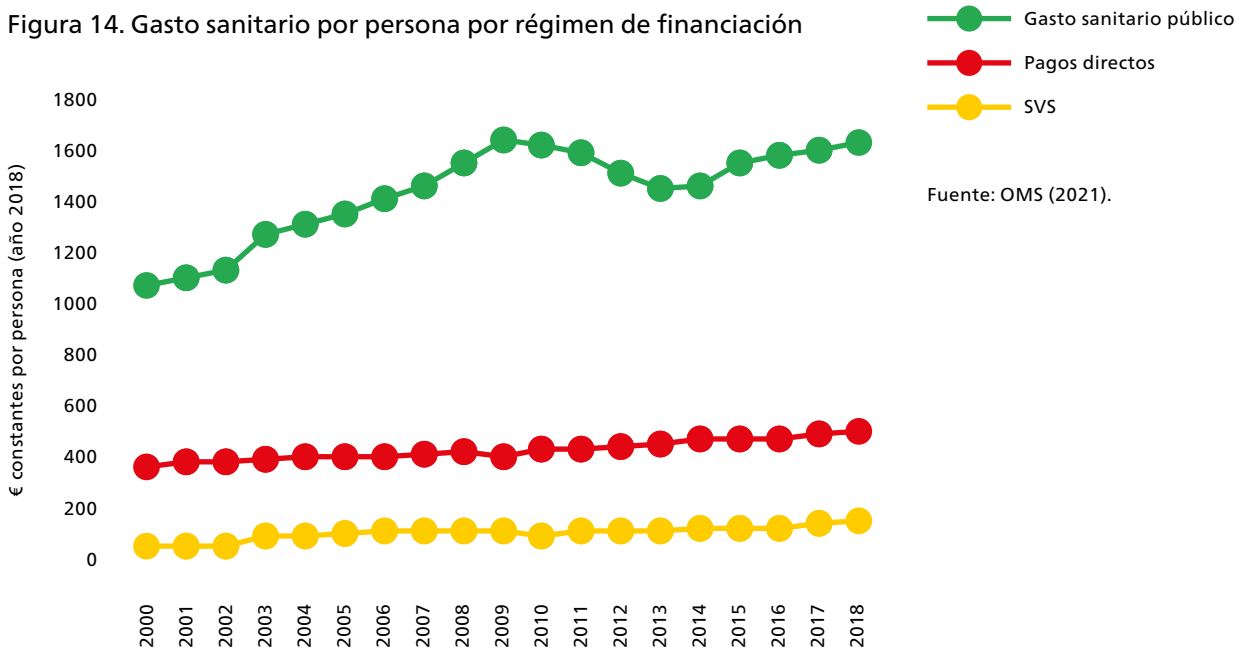
Los pagos informales no son aparentemente un problema en el sistema sanitario español. En las encuestas del Eurobarómetro se constata sistemáticamente que España tiene uno de los niveles más bajos de pagos informales autodeclarados de la UE (Comisión Europea, 2014; 2017; 2020).

4.4 Evolución del gasto sanitario público y privado

Los datos de las cuentas nacionales de salud muestran un claro patrón procíclico en la evolución del gasto sanitario público por persona (figura 14). El gasto sanitario público creció de forma constante entre 2003 y 2009, para luego descender bruscamente entre 2010 y 2013, tras los recortes presupuestarios, por valor de 9 000 millones de euros, en el contexto de la crisis económica y la aplicación del Mecanismo Europeo de Estabilidad. A partir de 2014 volvió a aumentar, cuando la economía comenzó a recuperarse, pero a un ritmo de crecimiento más lento que antes de la crisis.

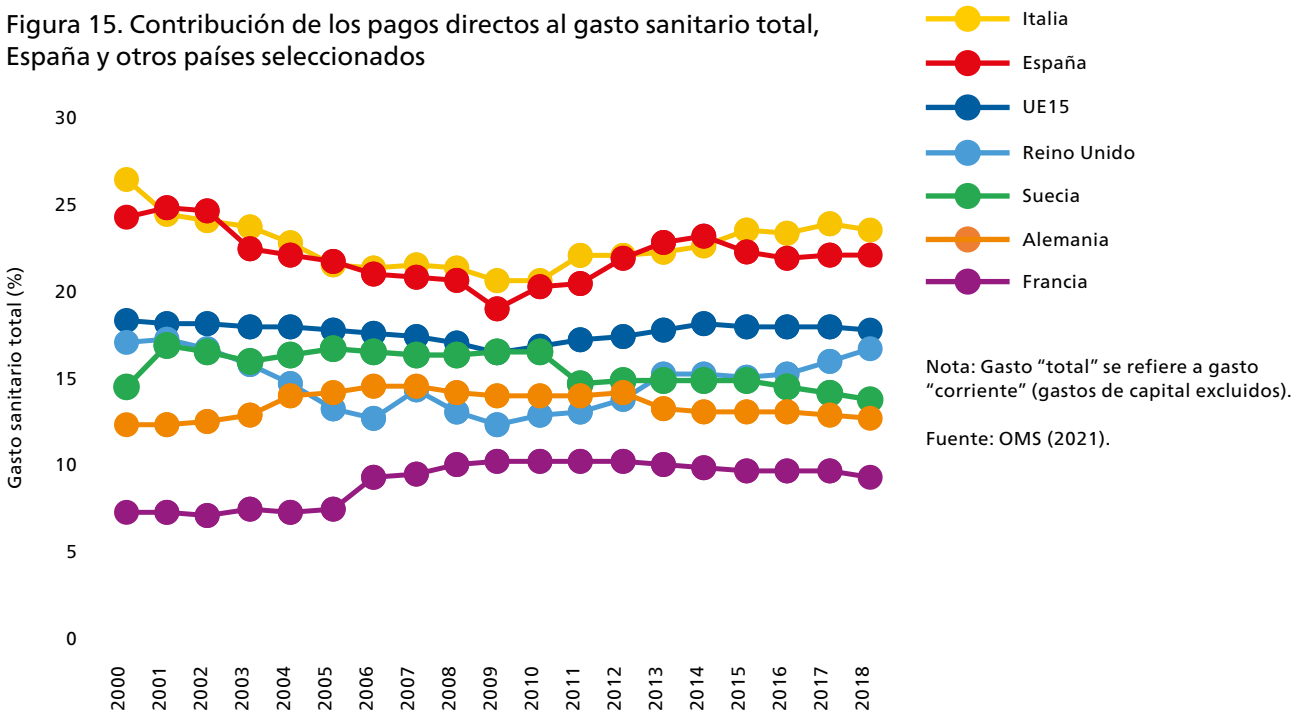
Los pagos directos por persona aumentaron durante todo el periodo de estudio y solo disminuyeron una vez, en 2009, justo después del inicio de la crisis económica. El gasto en SVS por persona también aumentó a lo largo del periodo de estudio, especialmente desde el inicio de la recuperación económica a partir de 2014.

Figura 14. Gasto sanitario por persona por régimen de financiación



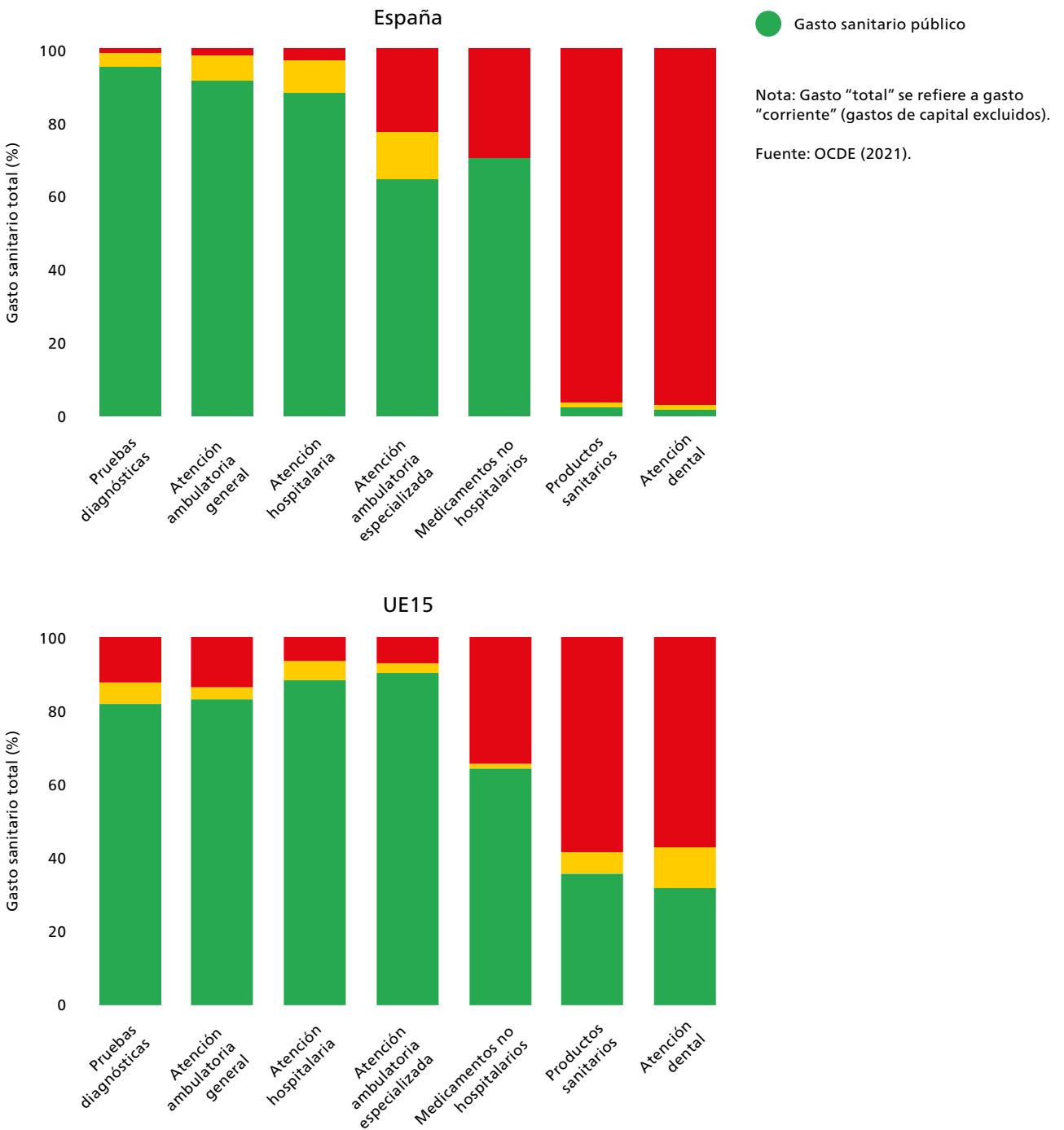
El porcentaje de pagos directos sobre el gasto sanitario total en España siempre ha estado por encima de la media de la UE15 (Estados miembros de la Unión Europea antes del 1 de mayo de 2004). Antes de la crisis económica, había disminuido de forma constante en España y había alcanzado un mínimo del 19 % en 2009 (figura 15). Como resultado del crecimiento de los pagos directos y de un fuerte descenso del gasto sanitario público durante la crisis económica, la proporción de pagos directos en el gasto sanitario total aumentó del 19 % en 2009 al 23 % en 2014 (figura 15). Con la recuperación económica y el crecimiento del gasto sanitario público, en 2015 descendió ligeramente hasta el 22 %. En 2018 se mantenía muy por encima del nivel anterior a la crisis y de la media de la UE, al mismo nivel que Italia, pero bastante más elevado que en otros países de Europa occidental.

Figura 15. Contribución de los pagos directos al gasto sanitario total, España y otros países seleccionados



Los datos de las cuentas nacionales de salud, desglosados por servicios sanitarios y regímenes de financiación, muestran cómo el porcentaje de pagos directos en el gasto sanitario total en España suele ser insignificante para aquellos servicios cubiertos totalmente por el SNS —atención ambulatoria (con la excepción de la atención especializada ambulatoria), pruebas diagnósticas y atención hospitalaria— y es menor en España que en la media de la UE15 (figura 16). El SVS desempeña un papel en la financiación de estos servicios en España, y es particularmente importante en la financiación de la atención especializada ambulatoria debido a los tiempos de espera para este tipo de atención (véase el apartado 3). En cambio, los pagos directos desempeñan un papel importante en la financiación del gasto en atención dental (la cobertura del SNS es muy limitada en este ámbito) y en productos sanitarios y medicamentos (sujetos a copagos del SNS) en España, y de promedio son superiores a los de otros países de la UE15. En estos ámbitos asistenciales, el papel del SVS es muy limitado o inexistente. La atención dental y los productos sanitarios se financian casi en su totalidad mediante pagos directos.

Figura 16. Distribución del gasto sanitario total por servicio y régimen de financiación, España y UE15, 2019



4.5 Resumen

Casi tres cuartas partes (73 %) de los hogares declararon haber realizado pagos directos en 2019, frente al 68 % en 2006. El aumento fue especialmente pronunciado en el quintil más pobre. Durante los primeros años de la crisis económica, el porcentaje de hogares que realizaron pagos directos disminuyó, pero volvió a aumentar a partir de 2013 debido al aumento de los copagos en 2012 y a una mejora de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares a partir de 2014, cuando la economía comenzó a recuperarse.

El importe de los pagos directos aumentó durante el periodo de estudio en términos reales y como porcentaje del gasto total del hogar. El mayor aumento se produjo en 2014. En ambas variables, los hogares más ricos gastaron sistemáticamente más en salud que los más pobres, pero el aumento del porcentaje respecto al gasto total de los hogares fue mayor en el quintil más pobre. La diferencia relativa entre los quintiles se redujo durante el periodo de estudio.

Los pagos directos se deben principalmente a la atención dental, que en su mayor parte está excluida de la cobertura del SNS, y a los productos sanitarios y medicamentos, que están sujetos a copagos. La atención hospitalaria, las pruebas diagnósticas y la atención ambulatoria, que están totalmente cubiertas por el SNS, representaron en conjunto menos del 15 % de los pagos directos en 2016 y menos del 20 % después de 2016.

Los porcentajes de gasto relativos a la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria) se redujeron ligeramente durante la crisis económica. El porcentaje relativo a las pruebas diagnósticas aumentó después de la crisis, tal vez como consecuencia del aumento en los tiempos de espera para tratamientos especializados. El porcentaje de gasto directo dedicado a medicamentos aumentó con el tiempo, sobre todo en 2013, tras la reforma del esquema de copagos. Este porcentaje volvió a caer en 2014, pero cabe destacar que, antes de los cambios en las políticas de cobertura sanitaria de 2012, los medicamentos representaban un máximo del 18 % de los pagos directos y, después de los cambios, pasaron a representar un máximo del 25 %.

El gasto directo en atención dental y productos sanitarios se redujo durante la crisis económica, pero el gasto en medicamentos aumentó de forma constante entre 2012 y 2016. Este aumento se produjo en todos los quintiles.

La distribución del gasto directo por tipo de atención sanitaria varía en función del quintil. Los hogares más ricos dedican una mayor parte del gasto directo a las categorías relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria) y la atención hospitalaria, mientras que los hogares más pobres dedican una mayor parte a los medicamentos. Esto indica que los hogares más pobres priorizan el gasto en medicamentos sobre la atención dental, lo que pone de manifiesto la elevada desigualdad por el nivel de ingresos en las necesidades insatisfechas de atención dental.

En 2019, entre aquellos hogares que suscribieron un SVS, el gasto anual en pólizas por persona fue de unos 400 €. El gasto en pólizas de SVS se duplicó durante el periodo de estudio. El aumento más pronunciado se produjo a partir de 2014, cuando comenzó la recuperación económica. Aunque la contratación de SVS (a partir del gasto notificado en pólizas de SVS) es mucho más frecuente entre los hogares más ricos que entre los más pobres y la diferencia se ha incrementado aún más con el tiempo, el aumento en el gasto en pólizas de SVS sobre el porcentaje del consumo de los hogares fue mayor en los dos quintiles más pobres.

El SVS reduce la carga financiera de los pagos directos en los quintiles más ricos, pero no en el quintil más pobre. Esto puede deberse a que el SVS suele cubrir la atención hospitalaria, la atención especializada ambulatoria y parte de la atención dental (un patrón que confirman los datos de las cuentas nacionales de salud) —los tipos de atención sanitaria en los que es más probable que gasten los hogares más ricos—, pero no los medicamentos, que es el gasto que más suelen realizar los hogares más pobres.

Los datos de las cuentas nacionales de salud muestran que, como resultado del crecimiento sostenido de los pagos directos y de un fuerte descenso del gasto sanitario público durante la crisis económica, el porcentaje de pagos directos en el gasto sanitario total aumentó del 19 % en 2009 al 23 % en 2014 y superó la media de la UE. Con la recuperación económica y el crecimiento del gasto sanitario público, en 2015 descendió ligeramente hasta el 22 %. En 2018 se mantuvo muy por encima del nivel anterior a la crisis, cerca de la media de la UE, pero bastante más elevado que en otros países de Europa occidental.

Los datos de las cuentas nacionales de salud confirman que el gasto en atención dental y productos sanitarios se financia casi en su totalidad mediante pagos directos en España, y en mucha mayor medida de lo que lo hace, por término medio, en otros países de la UE15.

5. Protección financiera

En este apartado se evalúa en qué medida los pagos directos suponen una dificultad financiera para los hogares que utilizan los servicios de salud a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares de España. El apartado muestra la relación entre el gasto directo en salud y el riesgo de empobrecimiento, y presenta estimaciones de la incidencia, la distribución y las causas de los pagos directos catastróficos.

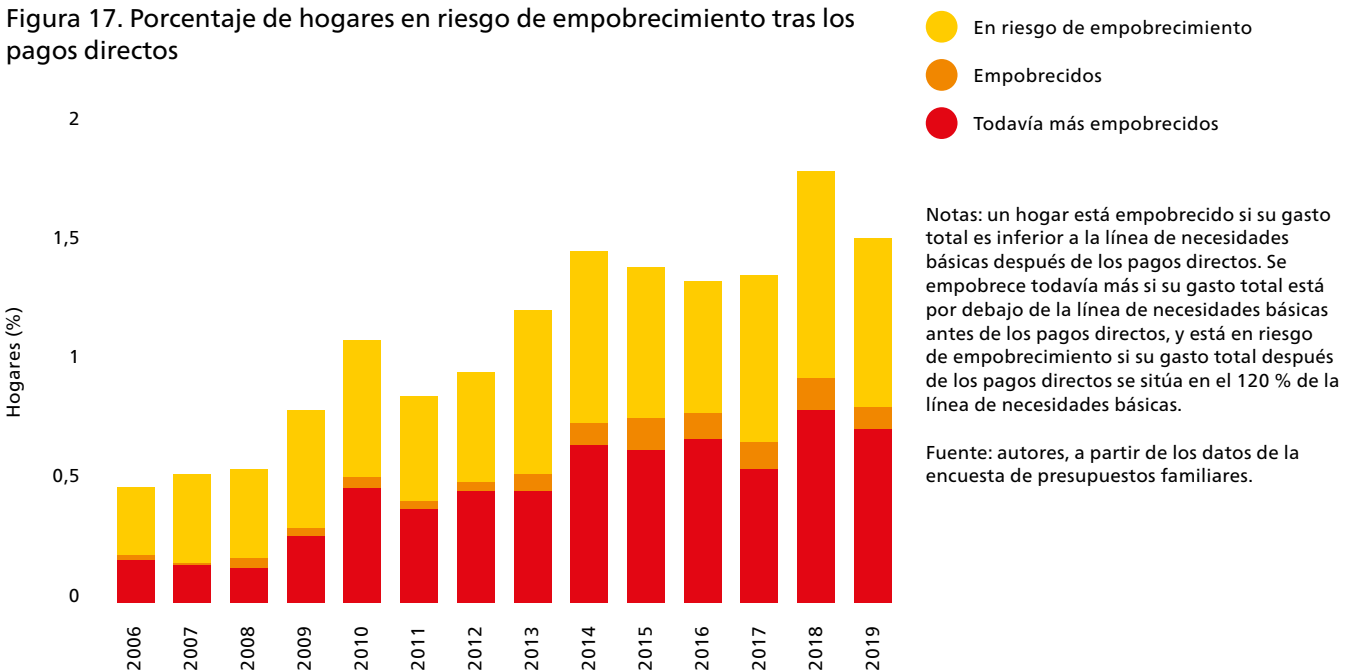
5.1 ¿Cuántos hogares tienen dificultades financieras?

5.1.1 Pagos directos y riesgo de empobrecimiento

En la figura 17 se muestra el porcentaje de hogares en riesgo de empobrecimiento tras realizar pagos directos en salud. La línea de pobreza refleja el coste del gasto en necesidades básicas (alimentación, alquiler y suministros: agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) entre una parte relativamente pobre de la población española (hogares situados entre los percentiles 25 y 35 de la distribución del consumo, ajustados por tamaño y composición del hogar). El coste medio mensual de satisfacer estas necesidades básicas por hogar —la línea de necesidades básicas— fue de 532 € en 2019 (en valores constantes reales de 2015).

En 2019, el 1,5 % de los hogares estaba en riesgo de empobrecimiento tras el gasto directo en salud, frente al 0,5 % en 2006 (figura 17). El porcentaje de hogares empobrecidos o todavía más empobrecidos después de los pagos directos aumentó durante el periodo de estudio desde una base muy baja del 0,2 % hasta el 0,8 %.

Figura 17. Porcentaje de hogares en riesgo de empobrecimiento tras los pagos directos



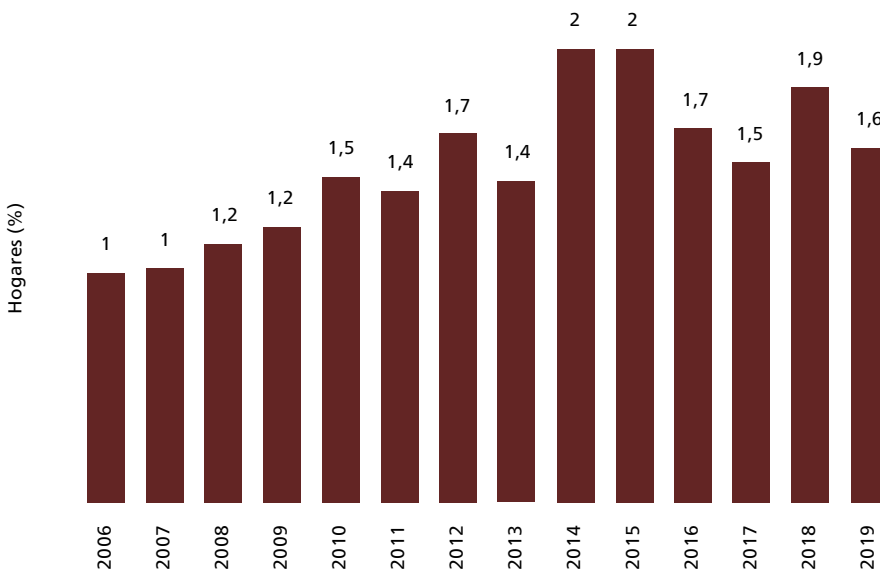
5.1.2 Pagos directos catastróficos

Los hogares con niveles de pagos directos catastróficos se definen, en este estudio, como aquellos que gastan más del 40 % de su capacidad de pago neta por atención sanitaria. Esto incluye aquellos hogares que se empobrecen después de los pagos directos (porque ya no tienen capacidad de pago neta) y los que se empobrecen todavía más (porque no tenían capacidad de pago neta antes de realizar pagos directos por la atención sanitaria).

En 2019, el 1,6 % de los hogares experimentaron gastos catastróficos en salud, frente al 1,0 % en 2006 (figura 18). Con algunas fluctuaciones, la incidencia del gasto sanitario catastrófico aumentó desde 2006 hasta alcanzar un máximo del 2 % en 2014 y 2015, lo que pone de manifiesto una disminución de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares en el contexto de la crisis económica. Aunque la incidencia descendió tras la crisis (en 2016), en 2019 seguía superando los niveles anteriores a la crisis.

Figura 18. Porcentaje de hogares con pagos directos catastróficos

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.

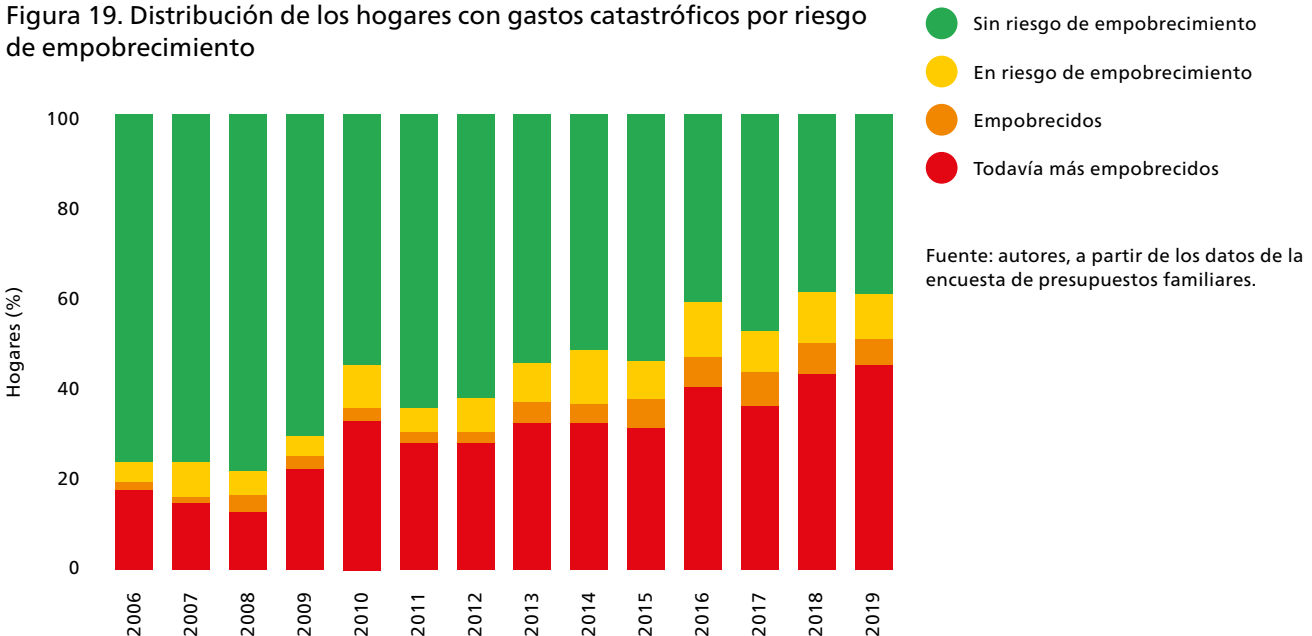


5.2 ¿Qué hogares tienen dificultades financieras?

El gasto sanitario catastrófico se concentraba inicialmente entre los hogares que no están en riesgo de empobrecimiento, pero en 2010 y 2013 se produjo un cambio al aumentar el porcentaje de hogares en riesgo de empobrecimiento, empobrecidos o todavía más empobrecidos, que siguió aumentando durante el resto del periodo de estudio (figura 19).

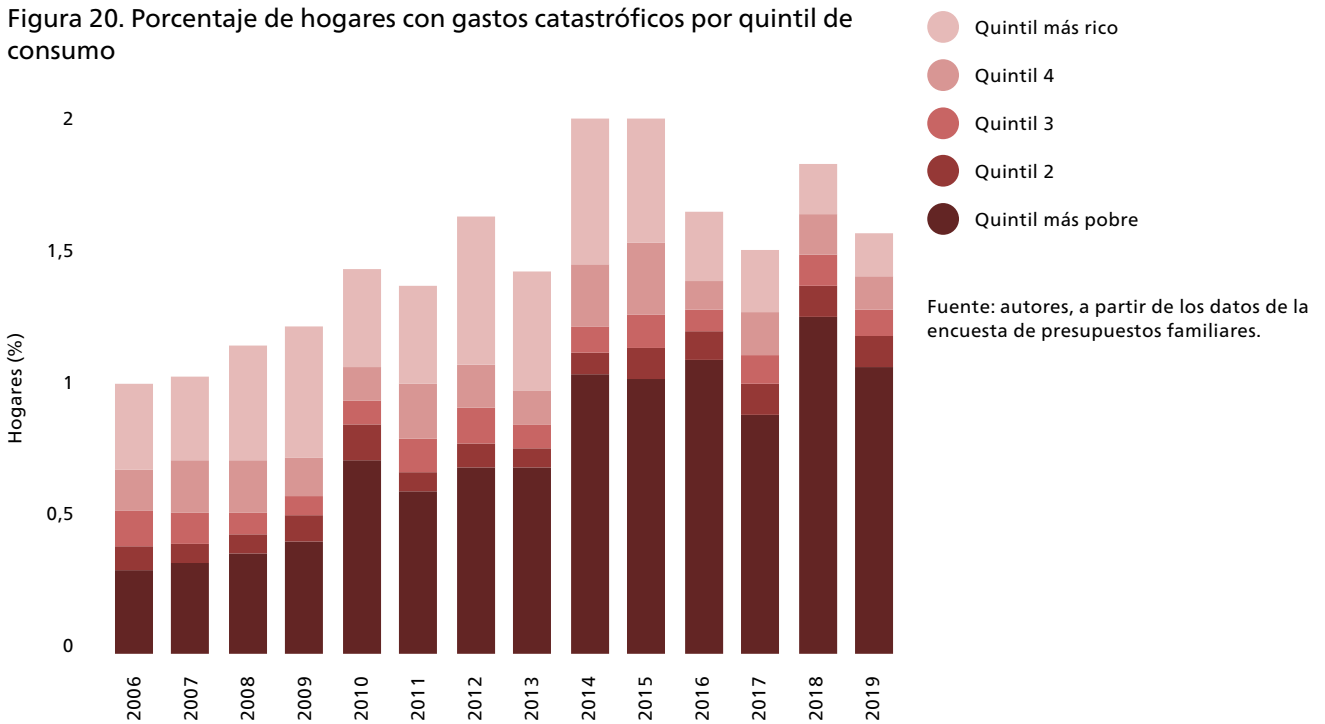
La incidencia del gasto sanitario catastrófico varía significativamente entre los diferentes quintiles de consumo y se concentra en el quintil más pobre, especialmente después de 2009 (figura 20). El aumento de la incidencia del gasto catastrófico a lo largo del tiempo se debió casi en su totalidad a un incremento sustancial en el quintil más pobre. El porcentaje de hogares en el quintil más pobre entre todos los hogares con gastos catastróficos creció de aproximadamente el 31 % en 2006 al 68 % en 2019. Por el contrario, para el quintil más rico este porcentaje se redujo del 32 % al 10 %. Entre los quintiles intermedios apenas hubo cambios. En 2019, alrededor del 5 % de los hogares del quintil más pobre experimentaron gastos sanitarios catastróficos, frente a solo el 1 % del quintil más rico.

Figura 19. Distribución de los hogares con gastos catastróficos por riesgo de empobrecimiento



La evolución del gasto catastrófico en el quintil más pobre está más vinculada a una reducción de su capacidad de pago neta por la atención sanitaria en el contexto de la crisis económica, que a un aumento de los pagos directos. Entre 2007 y 2014, la capacidad de pago neta por la atención sanitaria se redujo un 24 % en el quintil más pobre, frente al 20 % de media.

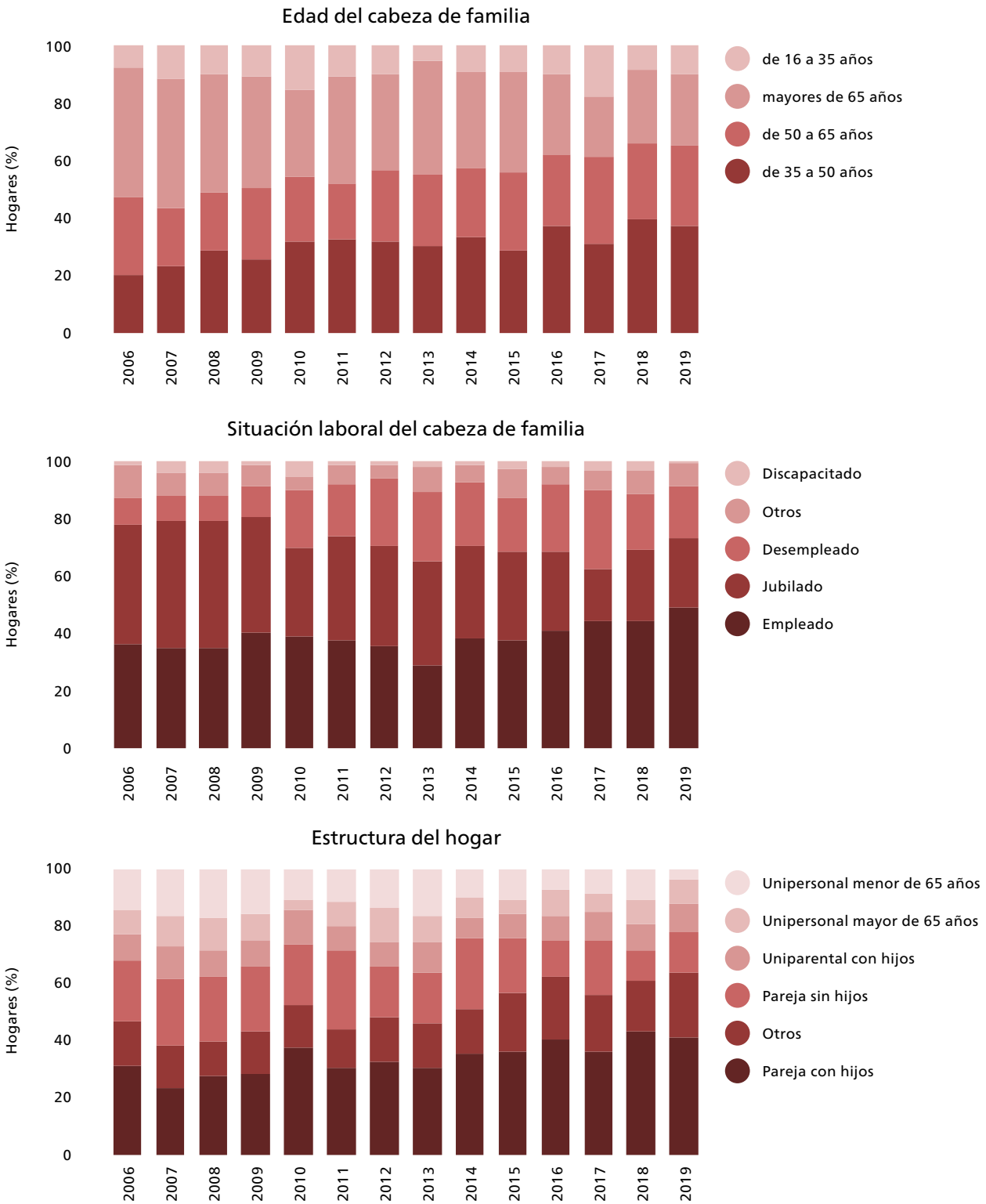
Figura 20. Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por quintil de consumo



Las características de los hogares con gastos catastróficos cambiaron durante el periodo de estudio (figura 21). El gasto catastrófico se concentraba inicialmente en los hogares encabezados por personas mayores y pensionistas, pero, tras la crisis económica, se desplazó a los hogares encabezados por personas en edad de trabajar (entre 35 y 50 años), personas empleadas, personas desempleadas y parejas con hijos.

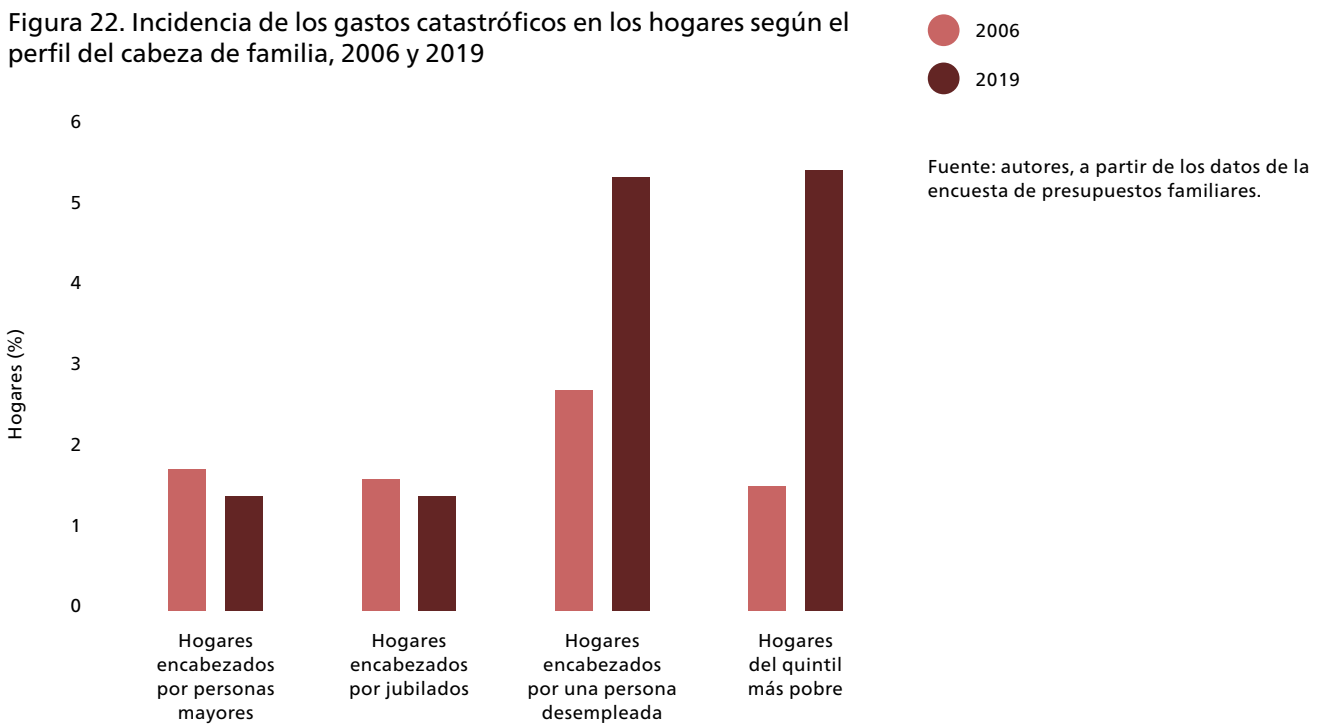
Figura 21. Distribución de los hogares con gastos catastróficos por edad y situación laboral del cabeza de familia y por estructura del hogar

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.



La incidencia de los gastos catastróficos disminuyó ligeramente con el tiempo en los hogares encabezados por personas mayores y pensionistas (figura 22), pero se concentró más en los hogares más pobres (estos datos no se muestran en la figura). La tendencia opuesta se observó en los hogares encabezados por una persona desempleada, donde la incidencia de los gastos catastróficos casi se duplicó, y en los hogares del quintil más pobre, donde se triplicó. En 2019 los hogares encabezados por una persona desempleada en el quintil más pobre mostraron la mayor incidencia de los gastos catastróficos (10 %).

Figura 22. Incidencia de los gastos catastróficos en los hogares según el perfil del cabeza de familia, 2006 y 2019



5.3 ¿Qué servicios de salud son responsables de las dificultades financieras?

El gasto sanitario catastrófico se debe principalmente a las tres categorías relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria), que en conjunto representaron casi el 75 % del gasto catastrófico en 2019, seguidas de los medicamentos (16 %) (figura 23). Con el tiempo, la parte del gasto catastrófico correspondiente a la atención dental disminuyó, mientras que la parte correspondiente a los medicamentos y las pruebas diagnósticas aumentó.

Figura 23. Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria

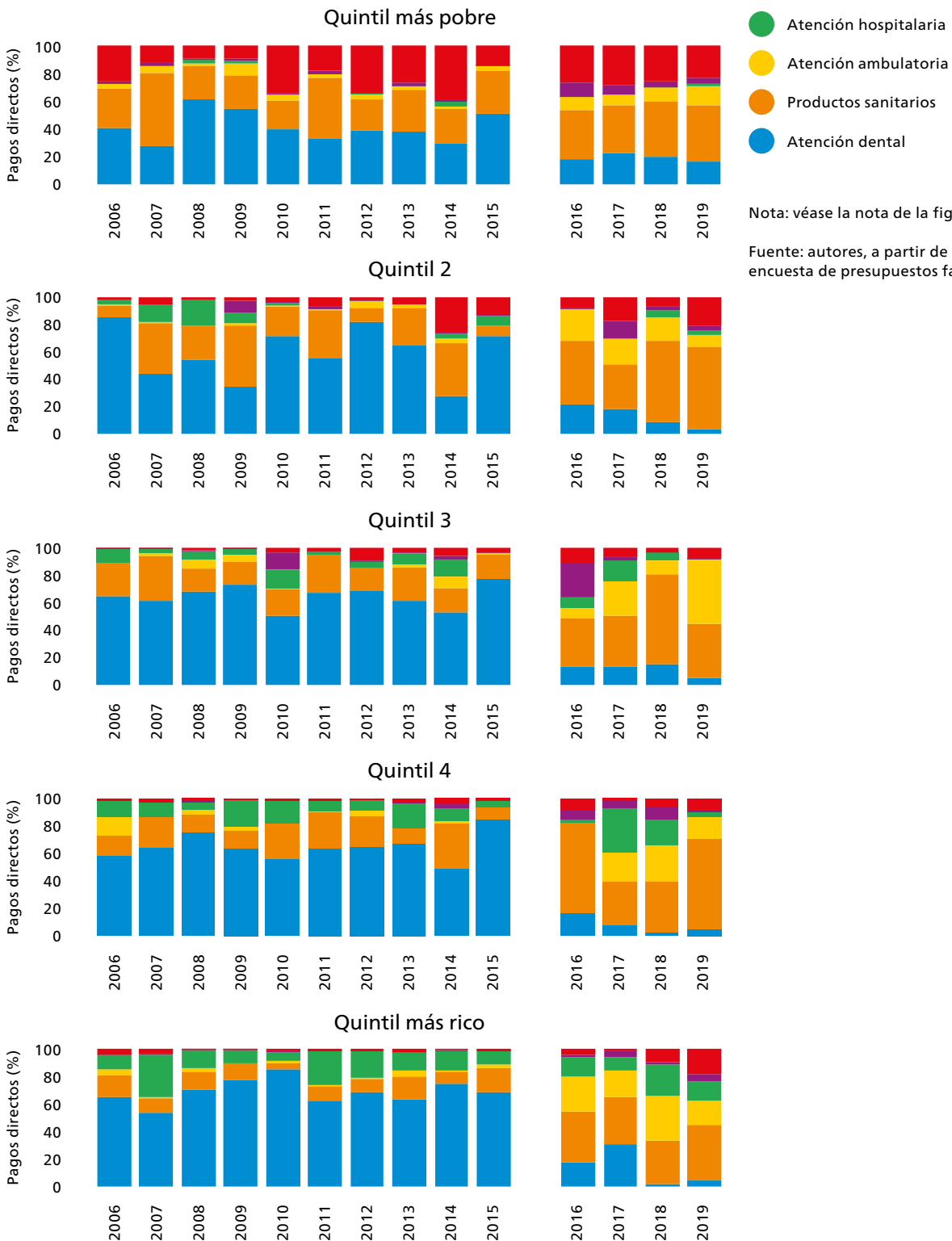


Nota: véase la nota de la figura 7.

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.

Los pagos directos correspondientes a la atención dental son los principales causantes del gasto catastrófico en todos los quintiles (figura 24). En el quintil más pobre, el gasto en medicamentos también contribuye al gasto catastrófico. La distribución del gasto catastrófico en los demás quintiles debe interpretarse con cautela debido a que la muestra es reducida, lo que da lugar a una fluctuación considerable. El único patrón relativamente claro en el resto de los quintiles es el papel de la atención hospitalaria, que es evidente en los dos quintiles más ricos, insignificante en el segundo y tercer quintil y prácticamente ausente en el quintil más pobre.

Figura 24. Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo



- Medicamentos
- Pruebas diagnósticas
- Atención hospitalaria
- Atención ambulatoria
- Productos sanitarios
- Atención dental

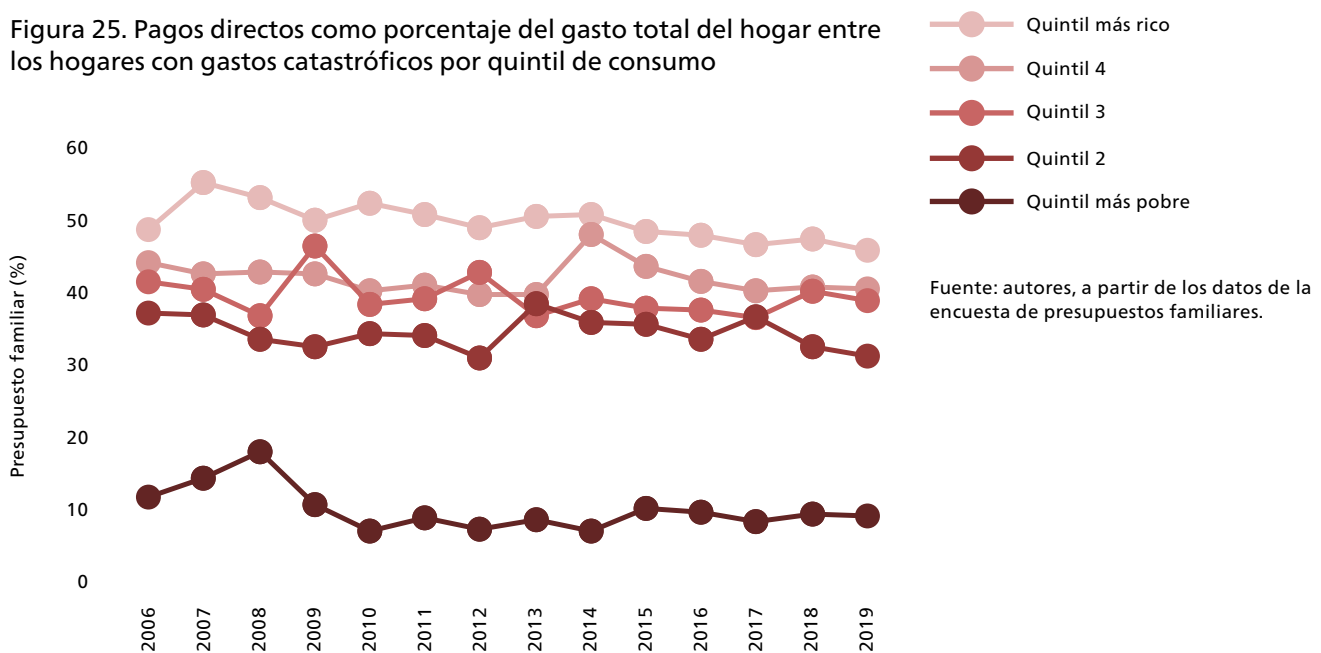
Nota: véase la nota de la figura 7.

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.

5.4 Magnitud de la dificultad financiera

En los hogares con gastos sanitarios catastróficos, la cantidad media de pagos directos en relación con el gasto total del hogar aumenta progresivamente con los ingresos (figura 25). A lo largo del tiempo se ha producido una reducción sustancial en el porcentaje de pagos directos del gasto total de los hogares en el quintil de consumo más pobre, especialmente entre 2008 y 2014, lo que pone de manifiesto que la capacidad de pago neta por la atención sanitaria en este quintil se redujo de manera importante durante la crisis económica.

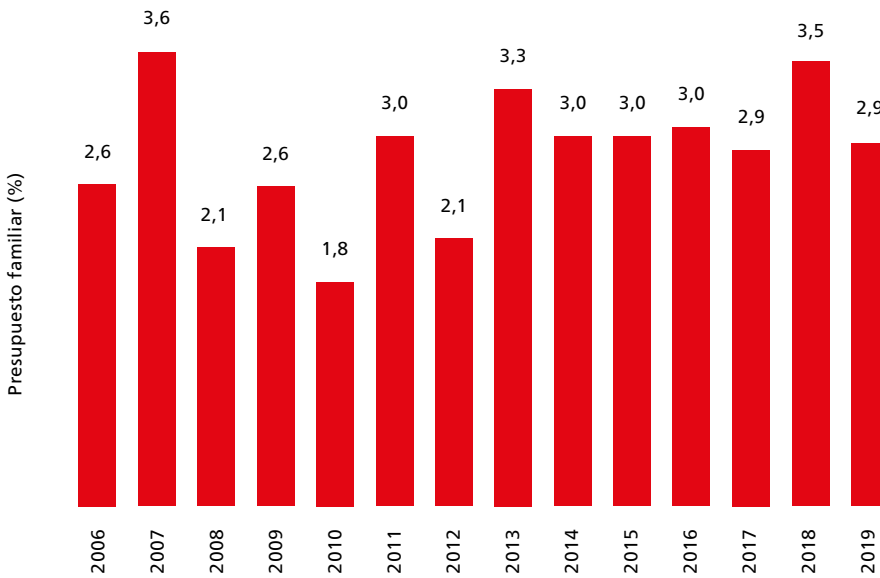
Figura 25. Pagos directos como porcentaje del gasto total del hogar entre los hogares con gastos catastróficos por quintil de consumo



En el caso de los hogares todavía más empobrecidos, el porcentaje medio de pagos directos sobre el gasto total del hogar fluctuó durante el periodo de estudio y osciló entre aproximadamente el 2 % y más del 3 % (figura 26). Sin embargo, en el quintil más pobre es sistemáticamente superior a la media (véase la figura 6). Esto indica que incluso un porcentaje de pagos directos aparentemente bajo puede ser catastrófico para los hogares pobres. En general, el porcentaje de pagos directos fue menor durante los años más duros de la crisis económica, lo que pone de manifiesto una mayor presión sobre la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares pobres.

Figura 26. Pagos directos como porcentaje del gasto total del hogar en los hogares más empobrecidos

Fuente: autores, a partir de los datos de la encuesta de presupuestos familiares.



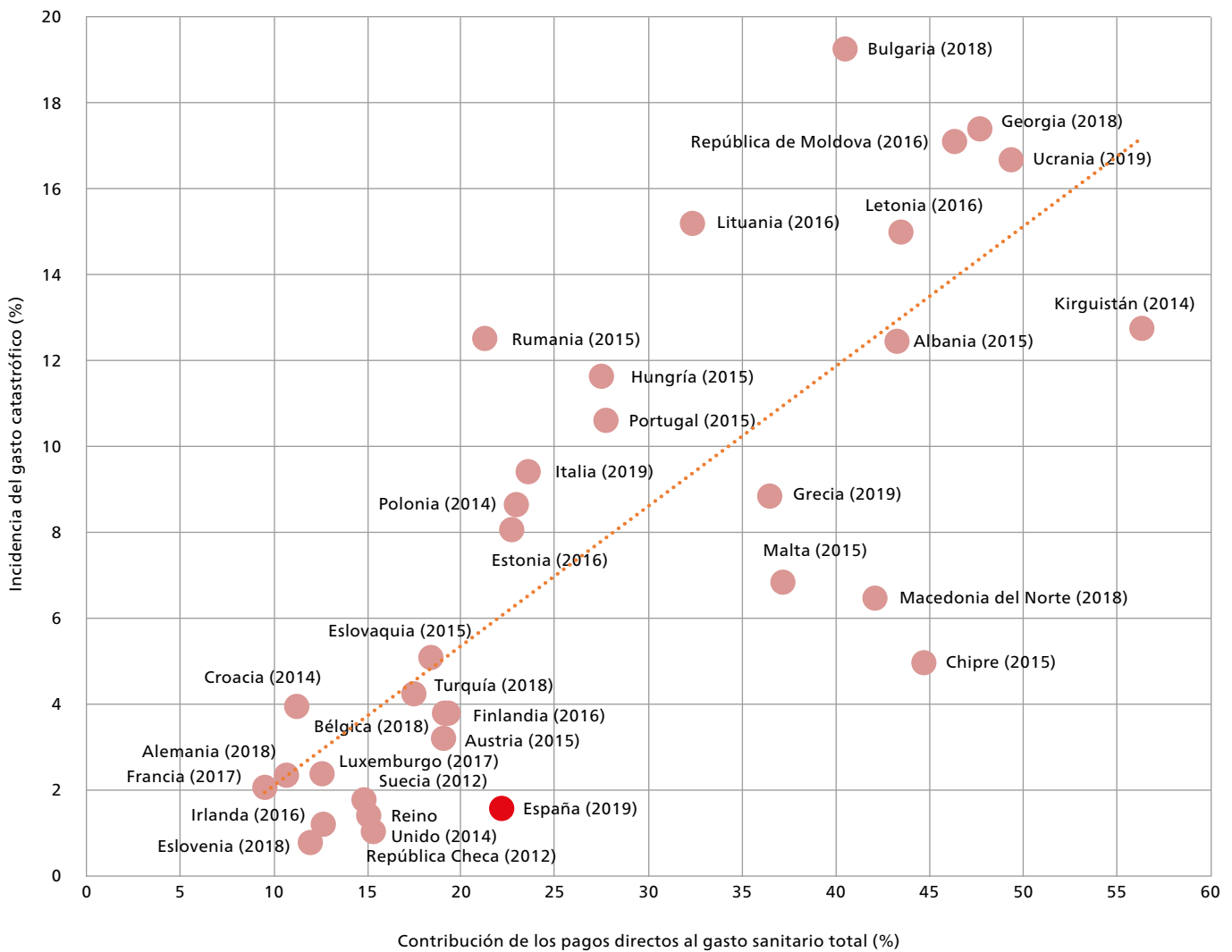
5.5 Comparación internacional

La incidencia de los pagos directos catastróficos en España es baja si se compara con la de otros países europeos. Es equivalente a la de Suecia y el Reino Unido, a pesar de que el porcentaje de pagos directos sobre el gasto sanitario total es sustancialmente mayor en España que en esos países (figura 27).

Figura 27. Incidencia del gasto sanitario catastrófico y porcentaje de pagos directos del gasto sanitario total en determinados países europeos, datos del último año disponible

Notas: los datos sobre los pagos directos corresponden al mismo año que los del gasto catastrófico, excepto en el caso de Grecia, Italia, España y Ucrania, que muestran los datos de pagos directos de 2018. España se ha resaltado en rojo. Gasto "total" se refiere a gasto "corriente" (gastos de capital excluidos).

Fuentes: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019) y análisis actualizado no publicado.



5.6 Resumen

La incidencia de los pagos directos catastróficos en España es baja si se compara con la de otros países europeos. Es equivalente a la de Suecia y el Reino Unido, aunque el porcentaje de pagos directos en el gasto sanitario total es sustancialmente mayor en España que en esos países.

En 2019, el 0,8 % de los hogares se empobrecieron o se empobrecieron todavía más tras los pagos directos, frente al 0,2 % en 2006. Ese mismo año, el 1,6 % de los hogares experimentó un gasto sanitario catastrófico, frente al 1,0 % en 2006.

Gran parte del aumento del gasto catastrófico tuvo lugar entre 2008 y 2014, lo que pone de manifiesto una disminución de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares en el contexto de la crisis económica, especialmente en el caso de los hogares más pobres. Aunque la incidencia del gasto catastrófico descendió tras la crisis, en 2019 seguía superando los niveles anteriores a la crisis.

El gasto catastrófico se concentra en el quintil más pobre. En 2019, alrededor del 5 % de los hogares del quintil más pobre habían experimentado gastos sanitarios catastróficos, frente a solo el 1 % del quintil más rico. El aumento de la incidencia del gasto catastrófico a lo largo del tiempo se debió casi en su totalidad a un incremento sustancial en el quintil más pobre.

Las características de los hogares con gastos catastróficos cambiaron durante el periodo de estudio. El gasto catastrófico se concentraba inicialmente en los hogares encabezados por personas mayores y pensionistas, pero, tras la crisis económica, se desplazó a los hogares encabezados por personas en edad de trabajar (entre 35 y 50 años), personas empleadas, personas desempleadas y parejas con hijos. En 2019 los hogares del quintil más pobre encabezados por una persona desempleada tuvieron la mayor incidencia de los gastos catastróficos de cualquier grupo de personas (10 %).

El gasto sanitario catastrófico se debe principalmente a las categorías relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria), que en conjunto representaron casi el 75 % del gasto catastrófico en 2019, seguidas de los gastos en medicamentos (16 %). Con el tiempo, la parte del gasto catastrófico correspondiente a la atención dental disminuyó, mientras que la parte correspondiente a los medicamentos y las pruebas diagnósticas aumentó.

Los pagos directos correspondientes a la atención dental son los principales causantes del gasto catastrófico en todos los quintiles. En el quintil más pobre, el gasto en medicamentos también contribuye al gasto catastrófico. La distribución del gasto catastrófico en los demás quintiles debe interpretarse con cautela debido a que la muestra es reducida, lo que da lugar a una fluctuación considerable. El único patrón relativamente claro en el resto de los quintiles es el papel de la atención hospitalaria, que es evidente en los dos quintiles más ricos, insignificante en el segundo y tercer quintil y prácticamente ausente en el quintil más pobre.

En los hogares con gastos sanitarios catastróficos, la cantidad media de pagos directos en relación con el gasto total del hogar aumenta progresivamente con los ingresos. En el caso de los hogares todavía más empobrecidos, el porcentaje medio de pagos directos en relación con el gasto total de los hogares (1,6 % en 2019) es sistemáticamente superior a la media en el quintil más pobre. Esto pone de manifiesto que incluso un porcentaje de pagos directos aparentemente bajo puede ser catastrófico para los hogares pobres.

6. Factores que aumentan y socavan la protección financiera

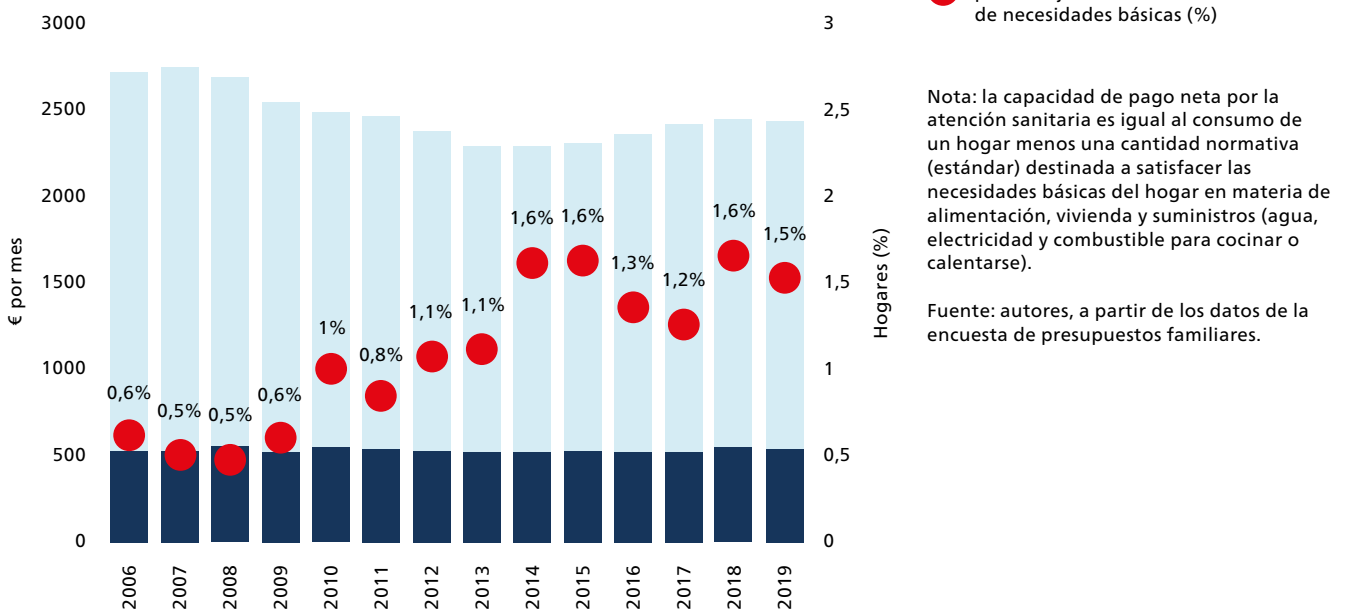
En este apartado se consideran los factores que pueden ser responsables de las dificultades financieras causadas por los pagos directos en España y que pueden explicar su evolución a lo largo del tiempo. En primer lugar, se examinan los factores externos al sistema sanitario que afectan a la capacidad de pago neta por atención sanitaria de las personas —por ejemplo, los cambios en los ingresos y el coste de la vida— y, a continuación, se analizan los factores que dependen del sistema sanitario.

6.1 Factores que afectan a la capacidad de pago neta por atención sanitaria de las personas

La crisis económica en España tuvo un impacto significativo en la capacidad de los ciudadanos para pagar los servicios sanitarios, debido a la caída del PIB, al drástico aumento del desempleo y al incremento de la desigualdad de la renta. El PIB cayó desde el tercer trimestre de 2008 hasta finales de 2009 y de nuevo desde principios de 2011 hasta 2013, de modo que se contrajo en total casi un 9 % en términos acumulados; además, no volvió a alcanzar el nivel de 2008 hasta 2016 (Eurostat, 2021). Entre 2008 y 2013 se perdieron más de 3,6 millones de empleos. La tasa de paro pasó del 8 % de la población activa en 2007 al 26 % en 2013, y se fue reduciendo paulatinamente hasta el 14 % en 2019, porcentaje todavía muy superior a los niveles anteriores a la crisis (Eurostat, 2021). El principal indicador de la desigualdad de ingresos, el índice de Gini, aumentó del 32,4 en 2008 (una cifra ya muy alta) al 34,2 en 2012, y se mantuvo en un nivel elevado en los años siguientes, hasta 2019, en que bajó hasta el 33,0 % (Banco Mundial, 2021).

Los datos de la encuesta de presupuestos familiares muestran cómo el porcentaje de hogares que viven por debajo de la línea de necesidades básicas aumentó del 0,5 % en 2008 al 1,6 % en 2014 (figura 28). Mientras que el coste de satisfacer las necesidades básicas (alimentos, vivienda y suministros: agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) no sufrió grandes cambios durante el periodo de estudio, la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares disminuyó de forma constante durante la crisis económica y alcanzó su valor mínimo en 2013.

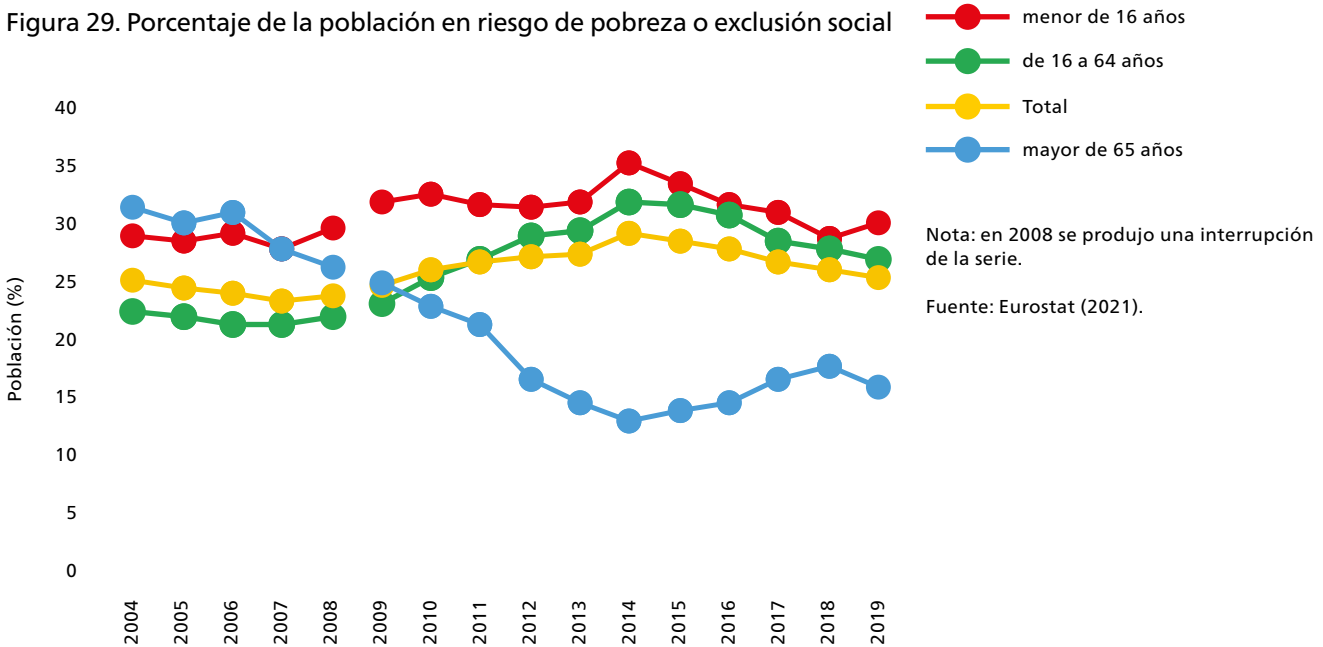
Figura 28. Cambios en el coste de la satisfacción de necesidades básicas, la capacidad de pago neta por la atención sanitaria y el porcentaje de hogares que viven por debajo de la línea de las necesidades básicas, en términos reales



En la figura 29 se muestra cómo la crisis económica afectó al porcentaje de la población en riesgo de pobreza o exclusión social. Este porcentaje, que ya era muy alto antes de la crisis, aumentó aún más de 2008 a 2014. El aumento fue especialmente acusado entre los niños y las personas en edad de trabajar, como consecuencia de la elevada tasa de paro. Por el contrario, la posición relativa de las personas mayores mejoró notablemente, puesto que tuvieron menos probabilidades de verse afectadas por el desempleo, y las pensiones públicas se libraron de los recortes que afectaron a casi todos los demás ámbitos del gasto social durante la crisis.

Es probable que la reducción de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares y el cambio en la distribución de las personas en riesgo de pobreza o exclusión social hayan desempeñado un papel importante en el aumento del gasto sanitario catastrófico durante la crisis económica (véase la figura 18). También explican en gran parte por qué la incidencia de los pagos catastróficos se trasladó de los hogares de personas mayores o pensionistas a los hogares de personas en edad de trabajar y a aquellos encabezados por desempleados (véase el gráfico 21).

Figura 29. Porcentaje de la población en riesgo de pobreza o exclusión social



6.2 Factores del sistema sanitario

En 2018, último año para el que se dispone de datos de gasto sanitario comparables a nivel internacional, el porcentaje de gasto sanitario público en relación al PIB se encuentra en la línea de lo esperado, dado el nivel de PIB per cápita en España ese mismo año (figura 30). Es un porcentaje bajo en comparación con otros países de Europa occidental. Una de las razones es que la parte del presupuesto público que se destina a la sanidad en España (15 % en 2018), aunque coincide con la media de la UE (15 %), es muy inferior a la de países como Alemania, Suecia y Reino Unido (más del 19 %) (figura 31).

Figura 30. Gasto sanitario público y PIB per cápita, UE28, 2018

UE28: Estados miembros de la Unión Europea antes del 31 de enero de 2020.

Nota: en la figura no se han incluido Irlanda ni Luxemburgo.

Fuente: OMS (2021).

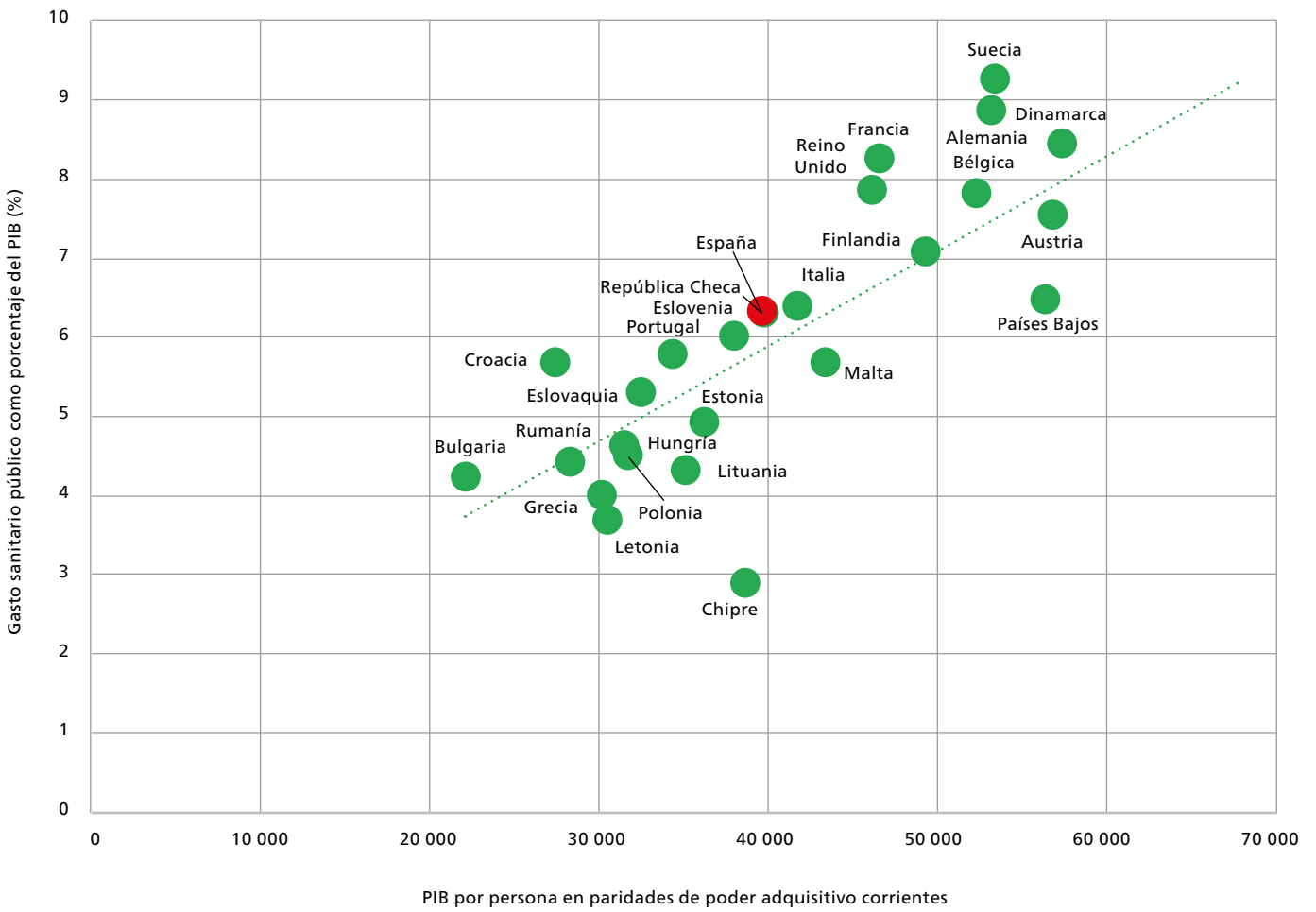
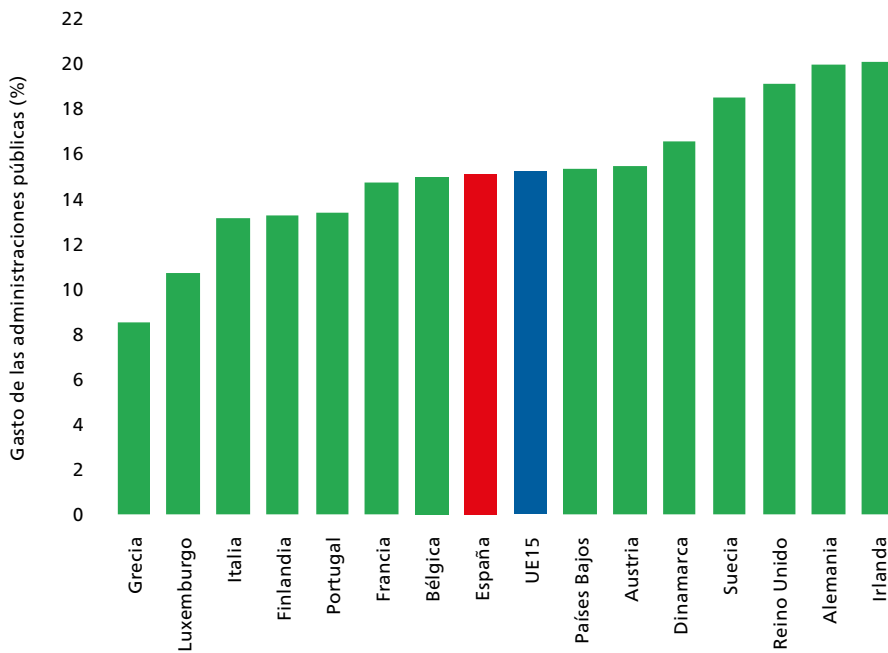


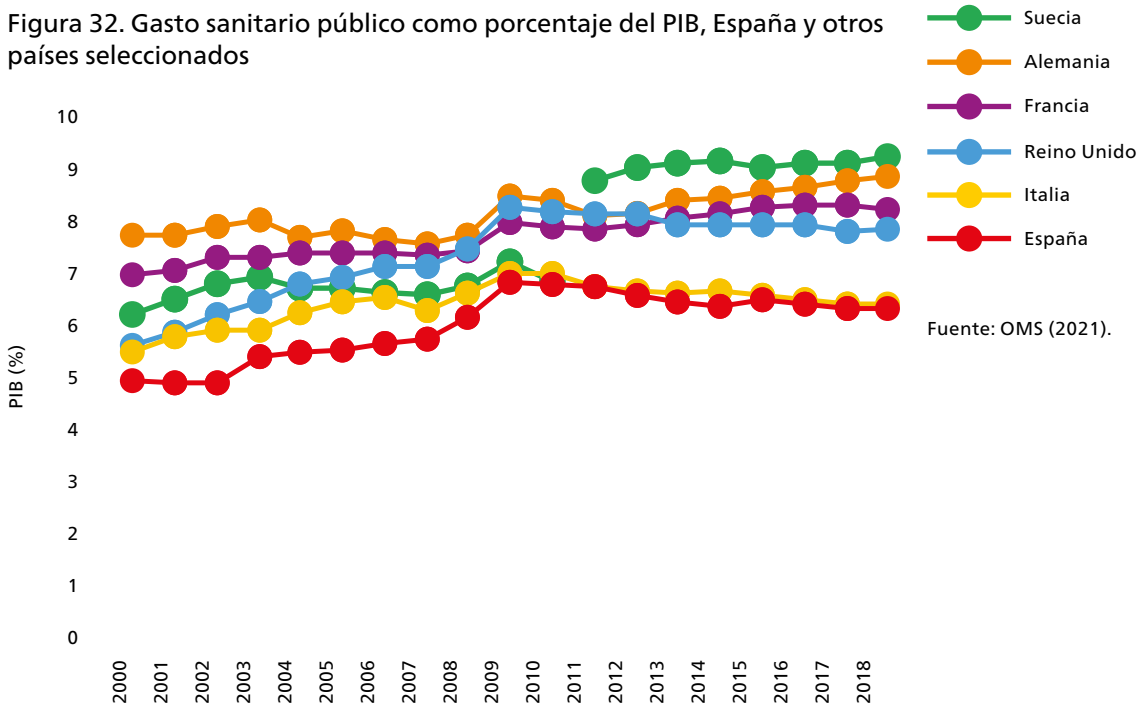
Figura 31. Porcentaje del gasto público destinado a la sanidad, UE15, 2018

Fuente: OMS (2021).



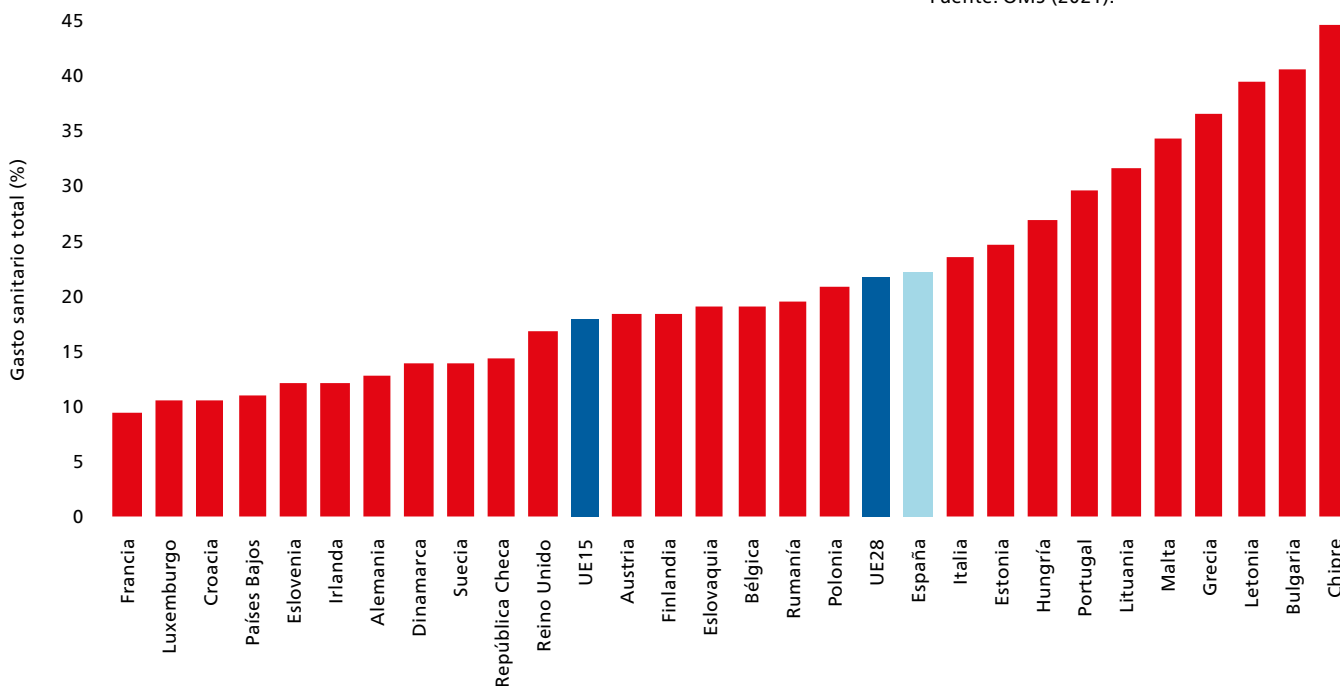
Antes de la crisis, el gasto sanitario público en España había crecido de forma constante como porcentaje del PIB y había pasado del 5 % en 2000 a cerca del 7 % en 2009, lo que redujo significativamente la diferencia con otros países (figura 32). El aumento en 2009 y 2010 es reflejo de la caída del PIB provocada por la crisis y el mantenimiento inicial del gasto sanitario público en el inicio de la crisis. Más adelante, al recortarse el presupuesto de sanidad en 2011 y 2012, el gasto público comenzó a descender en relación con el PIB, y cayó hasta poco más del 6 % en 2018, lo que de nuevo acrecentó la diferencia con otros países.

Figura 32. Gasto sanitario público como porcentaje del PIB, España y otros países seleccionados



Como se indica en el apartado 4.4, los recortes del gasto sanitario público durante la crisis, combinados con un crecimiento constante de los pagos directos, hicieron aumentar el porcentaje de pagos directos en relación con el gasto sanitario total del 19 % en 2009 al 23 % en 2014 (véase la figura 15). Al alcanzar el 22 % en 2018, el porcentaje de pagos directos fue, junto con el de Italia, el más elevado en Europa occidental, e incluso superó al de varios países de Europa oriental (figura 33).

Figura 33. Contribución de los pagos directos al gasto sanitario total, UE, 2018



Nota: Gasto "total" se refiere a gasto "corriente" (gastos de capital excluidos).

Fuente: OMS (2021).

No obstante, la incidencia del gasto sanitario catastrófico en España es mucho menor de lo que cabría esperar, teniendo en cuenta que la proporción que los pagos directos representan sobre el gasto sanitario total es relativamente elevada (véase la figura 27), un hecho que puede explicarse por las numerosas características protectoras de las políticas de cobertura y el efecto redistributivo del gasto sanitario público.

Las políticas de cobertura en España son relativamente amplias en comparación con muchos otros países de Europa. Además de esta clara ventaja, las tres dimensiones de la cobertura presentan varias fortalezas.

En primer lugar, el **criterio que se utiliza para que la población acceda a la cobertura** del SNS es el de residencia. Por ello, incluso los inmigrantes en situación no regularizada tienen derecho al mismo nivel de cobertura que los residentes. Como resultado, el SNS cubre prácticamente a toda la población. En 2012 el criterio para acceder a la cobertura cambió a la condición de «asegurado» en el sistema de la Seguridad Social, lo que limitaba el acceso de los inmigrantes en situación no regularizada, pero este cambio se revirtió en 2018.

En segundo lugar, la **cartera de servicios sanitarios** del SNS es muy amplia, con variaciones regionales mínimas, y los centros sanitarios están distribuidos de manera uniforme por todo el país.

En tercer lugar, no hay **copagos** para las visitas médicas y odontológicas (aunque la cartera de servicios dentales es muy limitada), las pruebas diagnósticas o la atención hospitalaria del SNS. Para los casos en que se aplican copagos (medicamentos recetados y prestación ortoprotésica), existen mecanismos de protección:

- exenciones de copagos para personas en situación de vulnerabilidad, que se han ampliado desde 2020;
- aportación reducida (un porcentaje de copago del 10 %) y un tope de copago por receta en la mayoría de los medicamentos recetados para enfermedades crónicas, lo que significa que estos medicamentos no cuestan más de 4,24 € cada uno; en 2018, casi la mitad de todos los medicamentos dispensados en farmacias entraban en esta categoría;
- los copagos porcentuales están vinculados a los ingresos familiares, aunque el efecto protector es limitado porque las personas con bajos ingresos en edad de trabajar tienen que pagar el 40 % del precio; los copagos porcentuales son inferiores al 60 % para las personas con unos ingresos anuales superiores a 100 000 €, al 50 % (entre 18 000 y 100 000 €) o al 40 % (menos de 18 000 €), y al 10 % para los pensionistas con ingresos menores de 100 000 €;
- tope mensual para el copago de los medicamentos recetados para la mayoría de los pensionistas (no mutualistas), en función de sus ingresos.

En consecuencia, una parte importante de los pagos directos corresponde a copagos que están vinculados a los ingresos de diferentes maneras.

Además, se ha demostrado que el gasto público en sanidad y educación aumentó la renta de los hogares en un 15 % (Goerlich-Gisbert, 2016) y redujo la desigualdad de la renta en un 24 % antes de la crisis financiera y económica de 2008 y en un 19 % entre 2012 y 2015, con un efecto mayor en los hogares más pobres (Calonge-Ramírez & Manresa-Sánchez, 2019). Entre 2013 y 2018 esta redistribución debida a las transferencias en especie redujo el coeficiente de Gini en un 8,5 %, y las pensiones lo redujeron en otro 29 % (López-Laborda et al., 2020).

A pesar de estos mecanismos, todavía existen deficiencias en la cobertura, que se reflejan claramente en las conclusiones del estudio relativas a la protección financiera (resumidas en el apartado 5).

Las dificultades financieras se deben en gran medida a los pagos directos por la **atención dental**. En 2015, antes de que se modificara la encuesta de presupuestos familiares, la atención dental representaba la mitad del gasto catastrófico en el quintil más pobre y más de dos terceras partes en los otros quintiles. A partir de 2016, tras el cambio, algunos servicios de atención dental se incluyen en la categoría de productos sanitarios (*materiales* odontológicos) y cuidados ambulatorios (algunos *procedimientos* odontológicos). Estas tres categorías representaron, de media, casi el 75 % del gasto sanitario catastrófico en 2018, seguidas por los medicamentos (16 %) (véase la figura 23).

El gasto catastrófico en atención dental pone de manifiesto que la atención dental está prácticamente excluida de la cartera de servicios del SNS, especialmente en el caso de la población adulta. La escasa cobertura de la atención dental no solo provoca dificultades financieras para los hogares de todos los quintiles, sino que también explica los niveles relativamente elevados de necesidades insatisfechas de atención dental en España (por encima de la media de la UE) y las marcadas desigualdades socioeconómicas en dichas necesidades (véanse las figuras 1–3). Si las personas no se enfrentaran a dificultades financieras para acceder a la atención dental, la incidencia de los gastos catastróficos probablemente sería mayor.

En 2021, el Gobierno asignó 49 millones de euros adicionales a las comunidades autónomas para que los destinaran a ampliar la cobertura de la atención dental. Este paso va en la dirección correcta, pero será insuficiente para solucionar una deficiencia importante en la cobertura.

Parte del gasto catastrófico en **productos sanitarios** se debe a los pagos directos en atención óptica (gafas y lentes de contacto, etc., que representaron el 18 % del gasto directo en 2019) y los audífonos, que no están cubiertos para los adultos mayores de 26 años. El resto probablemente se deba a los pagos directos por prestación ortoprotésica (por ejemplo, aparatos ortopédicos y férulas, prótesis, sillas de ruedas y muletas). Al igual que ocurre en el caso de la atención dental, el gasto en productos sanitarios provoca dificultades financieras en los hogares de todos los quintiles. No existen estadísticas oficiales sobre las necesidades insatisfechas de atención óptica debido al coste.

El porcentaje de gasto directo dedicado a los **medicamentos** aumentó cuando se incrementaron los copagos en 2012. Los medicamentos también tuvieron un papel cada vez más importante en el gasto catastrófico que afectaba principalmente al quintil más pobre (véase la figura 24), que es el que concentra el gasto catastrófico (véase la figura 20).

También son acusadas las desigualdades socioeconómicas en cuanto a las necesidades insatisfechas de medicamentos (véase la figura 3). Por ejemplo, según el Barómetro Sanitario realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas, en 2019 el 2,3 % de la población declaró haber dejado de tomar algunos medicamentos debido a su coste, porcentaje que en 2015 se situaba en el 4 % (Ministerio de Sanidad, 2016). Existe evidencia que demuestra que, como consecuencia del aumento de los copagos en 2012, disminuyó la adherencia a medicamentos efectivos (especialmente los de precios elevados) en pensionistas y personas con copagos elevados; los pensionistas de bajos ingresos fueron los más afectados (Puig-Junoy et al., 2014; Puig-Junoy et al., 2016; González et al., 2017; Aznar-Lou et al., 2018; Hernández-Izquierdo et al., 2019; Serra-Buriel et al., 2021).

Estas conclusiones sugieren que aunque las políticas de copagos para los medicamentos recetados y la prestación ortoprotésica incluyen algunos mecanismos de protección, no son suficientes para evitar las dificultades financieras en los hogares pobres de todos los grupos de edad. El porcentaje de copagos de la prestación ortoprotésica y de los medicamentos recetados para enfermedades no crónicas es muy elevado para los niños y las personas en edad de trabajar (40 %–60 %) y no existe

un tope mensual en los copagos para estos colectivos. En particular, no se aplica ninguna exención a la mayoría de los niños (solo a los que tienen una discapacidad grave), lo que es inusual para los estándares europeos (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2019).

Las nuevas exenciones del copago de los medicamentos recetados, introducidas en 2020 y 2021, pretenden reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras de unos 6 millones de personas más pobres (beneficiarios de la nueva renta mínima garantizada, hogares que reciben prestaciones por menores a cargo, pensionistas con bajos ingresos y niños con discapacidades moderadas y graves). Sin embargo, es probable que se necesiten más medidas para garantizar que los niños y las personas en edad de trabajar se beneficien, como mínimo, del mismo grado de protección frente a los copagos que la mayoría de los pensionistas.

El papel de la **atención hospitalaria** como causante de dificultades financieras ha evolucionado a lo largo del tiempo, pero es principalmente una fuente de dificultades financieras para los hogares de los quintiles más ricos, lo que puede deberse a una preferencia por utilizar centros privados para determinados servicios.

Desde 2016, las **pruebas diagnósticas** generan más dificultades financieras, especialmente entre los hogares del quintil más pobre (véanse las figuras 23 y 24).

Los pagos directos por la atención hospitalaria, las pruebas diagnósticas y la atención ambulatoria pueden deberse a los largos tiempos de **espera** del SNS, como las consultas de especialidades al margen de la primaria y algunas cirugías. Las **listas y tiempos de espera** son un problema persistente y suponen un obstáculo importante para acceder a la atención sanitaria, a pesar de haberse introducido una serie de políticas destinadas a reducirlos. Pueden dar lugar a necesidades insatisfechas o a dificultades financieras para las personas que no están cubiertas por un SVS, lo que agrava las desigualdades a la hora de acceder a la atención sanitaria. Los funcionarios cubiertos por las mutuas también se benefician de tiempos de espera más cortos, otra fuente de desigualdad en el acceso al sistema sanitario (Palm et al., 2021).

Por último, los **obstáculos administrativos** (por ejemplo, el requisito de que los inmigrantes extracomunitarios que lleven menos de 90 días en España deban obtener un informe previo favorable de los servicios sociales para acceder a la asistencia sanitaria) pueden dar lugar a necesidades insatisfechas y a dificultades financieras para los inmigrantes en situación no regularizada y los solicitantes de asilo a los que no se les haya concedido.

Los resultados del estudio indican que, aunque el sistema sanitario español ofrece una protección financiera relativamente elevada, se deben tomar más medidas para reforzar la protección financiera de los hogares más pobres en todos los grupos de edad y para reducir las barreras financieras a la atención dental, la atención óptica y los medicamentos recetados. Para lograrlo, es probable que se requiera una inversión pública adicional en el sistema sanitario, que debería poner el foco específicamente en mejorar el acceso y la protección financiera de los hogares con ingresos bajos.

6.3 Resumen

La crisis económica en España tuvo un impacto significativo en la capacidad de los ciudadanos para pagar los servicios de salud. Debido a la caída del PIB, al drástico aumento del desempleo y al incremento de la desigualdad de la renta, el porcentaje de la población en riesgo de pobreza o exclusión social aumentó entre los niños y las personas en edad de trabajar y descendió entre las personas mayores.

Es probable que una fuerte reducción de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares y el cambio en la distribución de las personas en riesgo de pobreza o exclusión social hayan desempeñado un papel importante en el aumento del gasto sanitario catastrófico durante el periodo de estudio (véase la figura 18). También explican en gran parte por qué la incidencia de los pagos catastróficos se trasladó de los hogares de personas mayores o pensionistas a los hogares de personas en edad de trabajar y a aquellos encabezados por desempleados.

Antes de la crisis, el gasto sanitario público en España había crecido de forma constante como porcentaje del PIB, lo que redujo significativamente las diferencias con otros países de Europa occidental. Sin embargo, tras los recortes del gasto sanitario público durante la crisis, el gasto público comenzó a disminuir en proporción al PIB y las diferencias volvieron a aumentar.

Con los recortes y el crecimiento constante de los pagos directos, aumentó el porcentaje de los pagos directos en el gasto sanitario total, la incidencia del gasto sanitario catastrófico y las necesidades insatisfechas de atención sanitaria y, especialmente, de atención dental.

No obstante, la incidencia del gasto catastrófico en España es mucho menor de lo que cabría esperar teniendo en cuenta que existe una proporción relativamente elevada de pagos directos. Este hecho puede explicarse por las numerosas características protectoras de las políticas de cobertura, cartera de servicios y exenciones a los copagos. Ello se traduce en un fuerte efecto redistributivo del gasto sanitario público, lo cual reduce las desigualdades de renta.

Las políticas de cobertura en España son relativamente sencillas en comparación con muchos otros países de Europa. Además de esta clara ventaja, las tres dimensiones de la cobertura presentan varias fortalezas. El criterio que se utiliza para que la población acceda a la cobertura del SNS es la residencia, y los inmigrantes en situación no regularizada tienen derecho al mismo grado de cobertura que los residentes. La cartera de servicios sanitarios del SNS es muy amplia, con variaciones regionales mínimas, y los centros sanitarios están distribuidos de manera uniforme por todo el país. No hay copagos para las visitas médicas y odontológicas del SNS, las pruebas diagnósticas o la atención hospitalaria. Para los casos en que se aplican copagos (medicamentos recetados y productos sanitarios) se proporcionan mecanismos de protección.

A pesar de estos puntos fuertes, existen deficiencias en la cobertura, que se ven reflejadas con claridad en las conclusiones del estudio relativas a la protección financiera.

Las dificultades financieras se deben en gran medida a los pagos directos por la **atención dental** y los **productos sanitarios**, lo que pone de manifiesto que la atención dental y la atención óptica están prácticamente excluidas de la cartera de servicios del SNS, especialmente en el caso de la población adulta. La escasa cobertura de estos servicios explica los niveles relativamente altos de necesidades insatisfechas de atención dental en España (no existen datos sobre las necesidades insatisfechas de atención óptica).

El porcentaje del gasto directo en **medicamentos** aumentó tras el incremento de los copagos en 2012, de manera que los medicamentos han tenido un papel cada vez más destacable en el gasto catastrófico. Esta es una causa importante de las dificultades financieras en el quintil más pobre, donde se concentra el gasto catastrófico. Esto sugiere que las políticas de copagos para los medicamentos recetados y la prestación ortoprotésica no ofrecen la suficiente protección 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, ni existe un tope mensual en los copagos para los niños o las personas en edad de trabajar.

Los pagos directos por la atención hospitalaria, las pruebas diagnósticas y la atención ambulatoria probablemente estén asociados a los largos tiempos de espera del SNS, como las consultas de especialidades al margen de la primaria y algunas cirugías. Los tiempos de espera pueden dar lugar a necesidades insatisfechas o a dificultades financieras para las personas que no están cubiertas por un SVS, lo que agrava las desigualdades a la hora de acceder a la atención sanitaria. Los funcionarios cubiertos por las mutuas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que optan por recibir servicios de proveedores privados también se benefician de tiempos de espera más cortos, otra fuente de desigualdad en el acceso al sistema sanitario.

Por último, los obstáculos administrativos pueden dar lugar a necesidades insatisfechas y a dificultades financieras para los inmigrantes en situación no regularizada y los solicitantes de asilo a los que no se les haya concedido el mismo.

7. Implicaciones para las políticas

La protección financiera es relativamente elevada en España en comparación con muchos otros países de Europa debido a fortalezas en el diseño de la cobertura del SNS y al efecto altamente redistributivo del gasto sanitario público. La incidencia del gasto sanitario catastrófico es menor de lo que cabría esperar en España dada la proporción relativamente elevada que representan los pagos directos, por diferentes motivos: cobertura universal del SNS, incluso para los inmigrantes en situación no regularizada; una amplia cartera de servicios de salud del SNS, con escasas variaciones regionales y una gran red nacional de centros sanitarios; y el uso limitado de los copagos, que solo se aplican a los medicamentos recetados y a la prestación ortoprotésica.

Sin embargo, la cobertura presenta algunas deficiencias, que se manifiestan claramente en las conclusiones del estudio relativas a la protección financiera.

- El gasto sanitario catastrófico se concentra en el quintil más pobre. En 2019, alrededor del 5 % de los hogares del quintil más pobre habían experimentado gastos sanitarios catastróficos, frente a solo el 1 % del quintil más rico.
- En todos los quintiles, las dificultades financieras se deben al gasto directo en atención dental y productos sanitarios, principalmente porque la atención dental y la atención óptica están excluidas en gran medida de la cobertura del SNS, sobre todo en el caso de los adultos; en el quintil más pobre también se deben al gasto en medicamentos.
- Las necesidades insatisfechas (una medida del acceso) están por debajo de la media de la UE en lo que respecta a la atención sanitaria y a los medicamentos, pero por encima de la media de la UE en lo que respecta a la atención dental. Existe una importante desigualdad socioeconómica en las necesidades insatisfechas relativas a la atención dental y, en menor medida, a la atención sanitaria y a los medicamentos.

La crisis económica en España provocó un aumento del gasto sanitario catastrófico y de las necesidades insatisfechas, sobre todo por lo que respecta a la atención dental. El aumento del gasto catastrófico se debió principalmente a un incremento sustancial en el quintil más pobre, lo que puso de manifiesto una fuerte disminución de la capacidad de pago neta por atención sanitaria de los hogares a raíz de la caída del PIB y el aumento del desempleo. Durante la crisis, la incidencia de los pagos catastróficos se trasladó de los hogares de personas mayores o pensionistas a los hogares de personas en edad de trabajar y a aquellos encabezados por desempleados. Aunque la incidencia del gasto catastrófico descendió tras la crisis, en 2019 seguía superando los niveles anteriores a la crisis.

Para reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras, las políticas deben centrarse en reforzar la protección financiera de los hogares más pobres en todos los grupos de edad, ampliar la cobertura del SNS para la atención dental y la atención óptica, y mejorar el diseño de los copagos para los medicamentos recetados y la prestación ortoprotésica.

El gasto directo en medicamentos es una causa importante de las dificultades financieras de los hogares pobres, y más aún desde que se introdujeron restricciones en la cobertura a partir de 2012. Desde entonces, gracias a las reformas que se han ido aplicando, los inmigrantes en situación no regularizada han recuperado la cobertura (2018) y se han ampliado las exenciones de copagos a determinados grupos de población en situación de vulnerabilidad (2020 y 2021).

Para reducir las dificultades financieras de los quintiles más pobres se deberán introducir nuevos cambios en los copagos, como la ampliación del tope de los copagos en función de los ingresos, ya existente para la mayoría de los pensionistas, a todos los hogares no encabezados por pensionistas.

Otro paso para reducir las desigualdades socioeconómicas en las necesidades insatisfechas y la dificultad financiera consiste en implementar políticas para reducir los tiempos de espera para tratamientos especializados y eliminar los obstáculos administrativos.

A lo largo del tiempo, uno de los factores que más dificultades financieras ha provocado en todos los quintiles ha sido el gasto directo en pruebas diagnósticas, tal vez debido al aumento de los tiempos de espera para los exámenes médicos y la atención especializada. Los tiempos de espera también podrían estar detrás del aumento en el pago de SVS. Los tiempos de espera se podrían abordar mediante políticas que reforzaran la eficacia de la atención primaria dotándola de los recursos y el personal adecuados. También se debe revisar la eficiencia y la equidad de las bonificaciones fiscales para las pólizas de los SVS, que principalmente benefician a los hogares más ricos, y el hecho de permitir que los mutualistas puedan optar por la provisión privada. Ambas políticas agravan las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria. 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 con cobertura debe ser una prioridad.

Para reforzar el acceso y la protección financiera es probable que sea necesario invertir más en el sistema sanitario. En este sentido, la Comisión para la Recuperación Social y Económica del Congreso de los Diputados recomendó aumentar el gasto sanitario público como porcentaje del PIB para alcanzar la media de la UE a finales de la presente legislatura (Congreso de los Diputados, 2020). Para asegurar que este gasto adicional cumpla con los objetivos de equidad y eficiencia, debe centrarse en reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras de los hogares de ingresos bajos.

Referencias¹

Arora VS, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol*. 44(2):451–61. doi:10.1093/ije/dyv069.

Arsenijevic J, Pavlova M, Rechel B, Groot W (2016). Catastrophic health care expenditure among older people with chronic diseases in 15 European countries. *PLoS One* 11(7):e0157765. doi: 10.1371/journal.pone.0157765.

Aznar-Lou I, Anton Pottegård A, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Serrano-Blanco A, Sabés-Figuera R et al. (2018). Effect of co-payment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Qual Saf*. 27(11):878–91. doi:10.1136/bmjqs-2017-007416.

Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM et al. (2018). Spain: health system review. *Health Syst Transit*. 20(2):1-179.

Calonge-Ramírez SC, Manresa-Sánchez AM (2019). Crisis económica y desigualdad de la renta en España. Efectos distributivos de las políticas públicas. Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad. Madrid: Funcas (<https://www.funcas.es/libro/crisis-economica-y-desigualdad-de-la-renta-en-espana-efectos-distributivos-de-las-politicas-publicas-octubre-2019>).

Centro de Investigaciones Sociológicas (2019). Barómetro sanitario 2019. Estudio n.º 8819 – Mayo–octubre 2019. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (<http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/Globales/8819/es8819mar.pdf>).

Congreso de los Diputados (2020). Dictamen de la Comisión para la Recuperación Social y Económica. Madrid: Congreso de los Diputados (https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf).

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 96(9):599–609. doi:10.2471/BLT.18.209031.

Epstein D, Jiménez-Rubio D (2019). ¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado? *Gac. Sanit*. 33(5):442-49.

Comisión Europea (2014). Corruption. Special Eurobarometer 397 report. Bruselas: Unión Europea (<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/1076>).

Comisión Europea (2017). Corruption. Special Eurobarometer 470 report. Bruselas: Unión Europea (<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2176>).

1. Todos los enlaces web accedidos en 7 de octubre de 2021.

Comisión Europea (2020). Corruption. Special Eurobarometer 502 report. Bruselas: Unión Europea (<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2247>).

European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2016). Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health on access to health services in the European Union. Bruselas: Comisión Europea (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/015_access_healthservices_en.pdf).

European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2017). Benchmarking access to healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Bruselas: Comisión Europea (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf).

Eurostat (2021). COVID-19: European statistical recovery dashboard. En: Eurostat [sitio web]. Bruselas: Comisión Europea (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

Goerlich Gisbert FJ (2016). Distribución de la renta, crisis económica y políticas redistributivas. Bilbao: Fundación BBVA (https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2016_IVIE_Distribucion_de_la_renta.pdf).

González López-Valcárcel B, Librero J, García-Sempere A, Peña LM, Bauer S, Puig-Junoy J et al. (2017). Effect of cost-sharing on adherence to evidence-based medications in patients with acute coronary syndrome. *Heart* 103(14):1082–88. doi:10.1136/heartjnl-2016-310610.

Hernández-Izquierdo C, González López-Valcárcel B, Morris S, Melnychuk M, Abásolo Alessón I (2019). The effect of a change in co-payment on prescription drug demand in a national health system: the case of 15 drug families by price elasticity of demand. *PLoS One* 14(3):e0213403. doi:10.1371/journal.pone.0213403.

López Laborda J, Marín González C, Onrubia J (2020). Observatorio sobre el reparto de los impuestos y las prestaciones entre los hogares españoles. Quinto informe – sanidad y educación 2013–2017. Madrid: Fedea (<https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-28.pdf>).

López-López S, del Pozo-Rubio R, Ortega-Ortega M, Escribano-Sotos F (2021). Catastrophic household expenditure associated with out-of-pocket healthcare payments in Spain. *Int J Environ Res Public Health* 18(3):932. doi:10.3390/ijerph18030932.

Ministerio de Sanidad (2016). Barómetro sanitario 2015. Estudio n.º 8815 – Marzo–octubre 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad (https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2015/Es8815mar.pdf).

Ministerio de Sanidad (2019). Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad (https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_PrestacionFarmaceutica_2019.pdf)

Ministerio de Sanidad (2021a). Consulta pública previa sobre el anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad (https://www.mscbs.gob.es/normativa/docs/2020.10.19.Consulta_Publica_Ley_de_medidas_para_la_equidad_universalidad_y_cohesion_del_SNS.pdf)

Ministerio de Sanidad (2021b). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [sitio web]. Madrid: Ministerio de Sanidad (<http://inclasns.mssi.es>)

Ministerio de la Presidencia (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. Boletín Oficial del Estado del Gobierno de España 98:31278–312 (<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>).

Ministerio de la Presidencia (2018). Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado del Gobierno de España 183:76258–64 (<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>).

Ministerio de la Presidencia (2020a). Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital. Boletín Oficial del Estado del Gobierno de España 154:36022–65. (<https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/05/29/20>).

Ministerio de la Presidencia (2020b). Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021. BOE núm. 341, de 31 de diciembre de 2020. Boletín Oficial del Estado del Gobierno de España 341: 125958–6732 (<https://www.boe.es/eli/es/l/2020/12/30/11>).

OCDE (2021). Estadísticas de salud de la OCDE. En: OECD [sitio web]. París: OCDE (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

Oliva J, González B, Barber P, Peña LM, Urbanos R, Zozaya N (2018). Crisis económica y salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad (http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf)

Palladino R, Lee JT, Hone T, Filippidis FT, Millett C (2016). The great recession and increased cost sharing in European health systems. *Health Aff.* 35(7):1204–13. doi:10.1377/hlthaff.2015.1170.

Palm W, Webb E, Hernández-Quevedo C, Scarpetti G, Lessof S, Siciliana L et al. (2021). Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy* 125(3):341–50. doi:10.1016/j.healthpol.2020.12.011.

Defensor del Pueblo (2017). Informe anual 2017. Madrid: Defensor del Pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2017/>).

Defensor del Pueblo (2020a). El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud [noticia]. En: Defensor del Pueblo [sitio web]. Madrid: Defensor del Pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental>)

Defensor del Pueblo (2020b). Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Defensor del Pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud>).

Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoo S, López-Valcarcel BG (2014). Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: changes in the number of dispensed prescriptions. *Appl Health Econ Health Policy* 12(3):279–87. doi:10.1007/s40258-014-0097-6.

Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoo S, González López-Valcarcel B, Gómez-Navarro V (2016). Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre el uso de antidiabéticos, antitrombóticos y agentes para la enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias, España. *Rev. Esp. Salud Pública* 90:E6. PMID:27125567.

Rodríguez-Feijoo S, Rodríguez-Caro A (2021). Copago farmacéutico en España tras la reforma de 2012 desde la perspectiva del usuario. ¿Evidencia de inequidad?. *Gac. Sanit.* 35(2):138–44. doi:10.1016/j.gaceta.2019.09.009.

Rubio-Valera M, Marqués-Ercilla S, Peñarrubia-María MT, Urbanos-Garrido RM, Borrell C, Bosch J et al. (2021). Who suffers from pharmaceutical poverty and what are their needs? Evidence from a Spanish region. *Front Pharmacol.* 12:art. 617687. doi:10.3389/fphar.2021.617687.

Saksena P, Smith T, Tediosi F (2014a). Inputs for universal health coverage: a methodological contribution to finding proxy indicators for financial hardship due to health expenditure. *BMC Health Serv Res.* 14:art. 577. doi:10.1186/s12913-014-0577-2.

Saksena P, Hsu J, Evans DB (2014b). Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *Plos Med.* 11(9):e1001701. doi:10.1371/journal.pmed.1001701.

Serra-Buriel M, Hurtado I, Sanfeliix-Gimeno G, García-Sempere A, Peiró S (2021). Cost-sharing increase, medication adherence, and hospitalizations in schizophrenia patients: a natural experiment. *Clin Pharmacol Ther.* 2021. doi:10.1002/cpt.2283.

Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) (2019). Informe Estamos Seguros 2018. Madrid: UNESPA (<https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes-2019>).

Urbanos-Garrido RM (2020). Income-related inequalities in unmet dental care needs in Spain: traces left by the Great Recession. *Int J Equity Health* 19:art. 207. doi:10.1186/s12939-020-01317-x.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–98. *Health Econ.* 12(11):921-34. doi:10.1002/hec.776.

Banco Mundial (2021). Indicadores del desarrollo mundial. En: Banco Mundial [sitio web]. Washington (DC): Banco Mundial (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>).

OMS (2010). Health systems financing: the path to universal health coverage. The world health report 2010. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/whr/2010/en>).

OMS (2021). Global health expenditure database: indicators and data. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

Oficina Regional de la OMS para Europa (2019). ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en Europa. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>).

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 26(4):972-83. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972.

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CL (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362(9378):111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

Yerramilli P, Fernández Ó, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy* 122(5):493–508. doi:10.1016/j.healthpol.2018.02.006.

Anexo 1. Encuestas de presupuestos familiares en Europa

¿Qué es una encuesta de presupuestos familiares? Las encuestas sobre el presupuesto de los hogares son encuestas nacionales por muestreo que buscan medir el consumo de bienes y servicios de los hogares en un período de tiempo determinado. Además de información sobre el gasto de consumo, incluyen información sobre las características del hogar.

¿Por qué se realizan? Las encuestas de presupuestos familiares proporcionan información valiosa sobre cómo las sociedades y las personas utilizan los bienes y servicios para satisfacer sus necesidades y preferencias. En muchos países, el objetivo principal de una encuesta de presupuesto familiar es calcular las ponderaciones para el índice de precios al consumo, que mide la tasa de inflación de los precios tal como la experimentan y perciben los hogares (Eurostat, 2015). Los gobiernos, las entidades de investigación y las empresas privadas que desean comprender las condiciones de vida y los patrones de consumo de las familias también utilizan las encuestas sobre el presupuesto de los hogares.

¿Quién es responsable de las encuestas? La responsabilidad de las encuestas de presupuestos familiares suele recaer en los institutos nacionales de estadística.

¿Se realizan en todos los países? Casi todos los países de Europa realizan una encuesta de presupuestos familiares (Yerramilli et al., 2018).

¿Con qué frecuencia se realizan? Los países de la UE realizan una encuesta de presupuestos familiares al menos una vez cada cinco años, de forma voluntaria, tras un acuerdo informal alcanzado en 1989 (Eurostat, 2015). Muchos países de Europa las realizan a intervalos más frecuentes (Yerramilli et al., 2018).

¿Qué información relacionada con la salud contienen? La información sobre el gasto de consumo de los hogares se recopila de forma estructurada, normalmente utilizando la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (COICOP) de las Naciones Unidas (División de Estadística de las Naciones Unidas, 2018). En 2016 se introdujo una nueva versión europea de la COICOP conocida como ECOICOP, destinada a fomentar una mayor armonización entre países (Eurostat, 2016).

La información sobre el consumo relacionado con la salud se incluye en el código 6 de la COICOP, que a su vez se divide en tres grupos, como se muestra en la tabla A1.1. En este estudio, la información relacionada con la salud procedente de las encuestas de presupuestos familiares se divide en seis grupos (con sus correspondientes códigos COICOP): medicamentos (06.1.1), productos sanitarios (06.1.2 y 06.1.3), atención ambulatoria (06.2.1), atención dental (06.2.2), pruebas de diagnóstico (06.2.3) y atención hospitalaria (06.3).

En una minoría muy pequeña de países de Europa (Bélgica, Francia, Luxemburgo y Suiza), las personas con derecho a la asistencia sanitaria

financiada con fondos públicos pueden pagar el tratamiento por sí mismas y, luego, reclamar o recibir el reembolso de su fondo de seguro médico financiado con fondos públicos (OCDE, 2019). En un mayor número de países, los usuarios pueden obtener el reembolso por parte de entidades que ofrecen seguros sanitarios voluntarios, por ejemplo, compañías de seguros privadas o planes de salud laboral.

Para evitar que los hogares informen de pagos que posteriormente son reembolsados, muchas encuestas de presupuestos familiares en Europa especifican que el gasto de los hogares en salud debe ser neto de cualquier reembolso de un tercero, como el gobierno, un fondo asegurador de salud o una compañía de seguros privada (Heijink et al., 2011).

Algunas encuestas preguntan a los hogares sobre el gasto en seguros médicos voluntarios. Esto se detalla bajo un código diferente de la COICOP (y la ECOICOP en Europa) apoyan la estandarización, pero no abordan la variación de los instrumentos utilizados para capturar los datos (por ejemplo, diarios, cuestionarios, entrevistas, registros), las tasas de respuesta y las diferencias no observables, o si la muestra de la encuesta es realmente representativa a escala nacional. La variación transnacional de los instrumentos de encuesta puede afectar a los niveles de gasto y a la distribución del gasto entre los hogares. Sin embargo, es importante señalar que su efecto sobre el gasto en salud en relación con el consumo total —que es lo que miden los indicadores de protección financiera— puede no ser tan grande.

¿Son comparables las encuestas de presupuestos de los hogares en los distintos países? Las herramientas de clasificación como la COICOP (y la ECOICOP en Europa) apoyan la estandarización, pero no abordan la variación de los instrumentos utilizados para capturar los datos (por ejemplo, diarios, cuestionarios, entrevistas, registros), las tasas de respuesta y las diferencias no observables, o si la muestra de la encuesta es realmente representativa a escala nacional. La variación transnacional de los instrumentos de encuesta puede afectar a los niveles de gasto y a la distribución del gasto entre los hogares. Sin embargo, es importante señalar que su efecto sobre el gasto en salud en relación con el consumo total —que es lo que miden los indicadores de protección financiera— puede no ser tan grande.

Una diferencia metodológica importante en términos cuantitativos es el **alquiler imputado por el propietario**. No todos los países imputan el alquiler y, entre los que lo hacen, los métodos utilizados para imputar el alquiler varían sustancialmente (Eurostat, 2015). En esta serie, al medir el consumo total de los hogares se excluye el alquiler imputado.

Tabla A1.1. Gastos de consumo relacionados con la salud en las encuestas de presupuestos familiares

Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas (2018).

Códigos COICOP	Incluye	No incluye
06.1 Productos, aparatos y equipos sanitarios 06.1.1 Productos farmacéuticos 06.1.2 Otros productos sanitarios 06.1.3 Aparatos y equipos terapéuticos	Se trata de los medicamentos, prótesis, aparatos y equipos sanitarios y otros productos relacionados con la salud adquiridos por particulares u hogares, con o sin receta, normalmente en farmacias o proveedores de equipos médicos. Se destinan al consumo o uso fuera de un centro o institución sanitaria.	Los productos suministrados directamente a los pacientes externos por los médicos, odontólogos y paramédicos, o a los pacientes internos por los hospitales y similares se incluyen en los servicios ambulatorios (06.2) o en los servicios hospitalarios (06.3).
06.2 Servicios ambulatorios 06.2.1 Servicios médicos 06.2.2 Servicios dentales 06.2.3 Servicios paramédicos	Cubre los servicios médicos, odontológicos y paramédicos prestados a pacientes externos por médicos, odontólogos, paramédicos y auxiliares. Los servicios pueden prestarse a domicilio o en consultas individuales o colectivas, dispensarios y ambulatorios de hospitales y similares. Los servicios ambulatorios incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos y equipos sanitarios y otros productos relacionados con la salud suministrados directamente a los pacientes externos por médicos, odontólogos, paramédicos y auxiliares.	Los servicios médicos, dentales y paramédicos prestados a los pacientes internos por los hospitales y similares se incluyen en los servicios hospitalarios (06.3).
06.3 Servicios hospitalarios	Se considera que la hospitalización se produce cuando un paciente es alojado en un hospital durante la duración del tratamiento. Se incluye la atención hospitalaria de día y el tratamiento hospitalario a domicilio, así como las residencias para enfermos terminales. Este grupo abarca los servicios de los hospitales generales y especializados; los servicios de los centros médicos, centros de maternidad, residencias de ancianos y casas de convalecencia que prestan principalmente asistencia sanitaria en régimen de internado; los servicios de las instituciones que atienden a personas mayores en las que el control médico es un componente esencial, y los servicios de los centros de rehabilitación que prestan asistencia sanitaria en régimen de internado y terapia de rehabilitación cuando el objetivo es tratar al paciente y no proporcionarle apoyo a largo plazo. Los hospitales se definen como instituciones que ofrecen atención a pacientes internos bajo la supervisión directa de médicos cualificados. Los centros médicos, los centros de maternidad, las residencias de ancianos y las casas de convalecencia también ofrecen atención en régimen de internado, pero sus servicios son supervisados y frecuentemente prestados por personal de menor cualificación que los médicos.	Este grupo no incluye los servicios de instalaciones (como consultorios, clínicas y dispensarios) dedicados exclusivamente a la atención ambulatoria (06.2). Tampoco incluye los servicios de las residencias de ancianos, las instituciones para discapacitados y los centros de rehabilitación que proporcionan principalmente apoyo a largo plazo (12.4).

Referencias²

Eurostat (2015). Household Budget Survey 2010 Wave EU Quality report. Brussels: Eurostat (http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN_HBS_2010_Quality_Report_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f).

Eurostat (2016). Regulation (EU) 2016/792 of the European Parliament and of the Council of 11 May 2016 on harmonised indices of consumer prices and the house price index, and repealing Council Regulation (EC) No 2494/95. O. J. E. U. L135/11:1–28 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0792&from=EN>).

Heijink R, Xu K, Saksena P, Evans D (2011). Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments. Geneva: World Health Organization (HSS/HSF/DP.E.11.1; https://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_01-oop_errors.pdf?ua=1).

OECD (2019). Health systems characteristics survey 2016 [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>).

United Nations Statistics Division (2018). Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York (NY): United Nations Statistics Division (https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf).

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy* 122(5):493–508 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.006>).

2. Todos los enlaces web accedidos en 7 de octubre de 2021.

Anexo 2. Métodos utilizados para medir la protección financiera en Europa

Antecedentes

Los indicadores utilizados para el seguimiento de la protección financiera en Europa son una adaptación del enfoque establecido en Xu et al. (2003, 2007). También se basan en elementos del enfoque expuesto en Wagstaff y Eozenou (2014). Para más información sobre la justificación del desarrollo de un indicador refinado para Europa, véase Thomson et al. (2016) y la Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).

Fuentes de datos y requisitos

La elaboración de estimaciones para cada país de los indicadores de protección financiera requiere datos de encuestas de hogares representativos a escala nacional que incluyan información sobre la composición de los hogares o el número de sus miembros.

Se requieren las siguientes variables por hogar:

- el gasto total de consumo
- el gasto en alimentación (excluyendo el tabaco y el alcohol, si es posible);
- el gasto en vivienda, desglosado por alquiler y suministros (como agua, gas, electricidad y calefacción), y
- el gasto sanitario (pagos directos), desglosado por tipo de bien y servicio sanitario.

La información sobre el gasto de consumo de los hogares se recopila de forma estructurada, normalmente utilizando la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (COICOP) de las Naciones Unidas (División Nacional de Estadística de las Naciones Unidas, 2018).

Si la encuesta incluye una variable de ponderación del muestreo de los hogares, los cálculos deben considerar la ponderación en todos los casos. La información sobre las características del hogar o del individuo, como la edad, el sexo, la educación y la ubicación, son útiles para análisis adicionales de equidad.

Definición de las variables de gasto de consumo de los hogares

Los datos de las encuestas se presentan en varias unidades de tiempo, a menudo dependiendo de si el período de información es de 7 días, 2 semanas, 1 mes, 3 meses, 6 meses o 1 año. Es importante convertir

todas las variables relacionadas con el gasto de consumo de los hogares a una unidad de tiempo común. Para facilitar la comparación con otros indicadores a escala nacional, puede ser más útil anualizar todos los datos de la encuesta. Si se anualizan los datos de la encuesta, es importante no reportar el nivel medio de pagos directos solo de los hogares con pagos directos, ya que esto producirá cifras inexactas

Gasto de consumo total del hogar sin incluir el alquiler imputado

El gasto de consumo de los hogares comprende el pago monetario y en especie de todos los bienes y servicios (incluidos los pagos directos) y el valor monetario del consumo de productos elaborados por el propio hogar. Muchas encuestas sobre el presupuesto de los hogares no calculan el alquiler imputado. Para mantener la comparabilidad entre países con encuestas que no calculan el alquiler imputado, el alquiler imputado (código 04.2 de la COICOP) debe restarse del consumo total si la encuesta lo incluye.

Gasto en alimentación

El gasto en alimentación del hogar es el importe gastado por el hogar en todos los productos alimenticios más el valor de la producción alimentaria propia de la familia que se consume dentro del hogar. Debe excluir el gasto en bebidas alcohólicas y tabaco. El gasto en alimentación corresponde al código 01 de la COICOP.

Gasto en vivienda incluyendo alquiler y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse)

El gasto en alquiler y suministros es la cantidad que gastan los hogares en alquiler (solo aquellos hogares que declaran pagar alquiler), y en agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse (solo aquellos hogares que declaran pagar servicios de suministros). Estos datos deben desglosarse para que correspondan a los códigos COICOP 04.1 (para el alquiler) y 04.4 y 04.5 (para los suministros de agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse). Hay que tener cuidado de excluir el gasto en viviendas secundarias. El alquiler imputado (código 04.2 de la COICOP) no está disponible en todas las encuestas de presupuestos familiares y no debe utilizarse en este análisis.

Gasto sanitario (pagos directos)

Los pagos directos se refieren a los pagos formales e informales realizados por los usuarios en el momento de utilizar cualquier servicio sanitario prestado por cualquier tipo de proveedor (código 06 de la COICOP). Los servicios sanitarios son cualquier bien o servicio prestado en el sistema de salud. Suelen incluir los honorarios de consulta, el pago de medicamentos y otros suministros médicos, el pago de pruebas de diagnóstico y de laboratorio, y los pagos que se producen durante la hospitalización. Estos últimos pueden incluir una serie de pagos distintos, tales como pagos al hospital, al personal sanitario (médicos, enfermeras, anestesistas, etc.) y pagos por las pruebas. Deben incluirse tanto los pagos en efectivo como en especie si estos últimos se cuantifican en valor monetario. También deben incluirse los pagos formales e informales. Aunque los

pagos directos incluyen el gasto en medicina alternativa o tradicional, no incluyen el gasto en transporte relacionado con la salud y la nutrición especial. También es importante señalar que los pagos directos son netos de cualquier reembolso a los hogares por parte del gobierno, los fondos de seguros de salud o las compañías de seguros privadas.

Estimación del gasto en necesidades básicas y capacidad de pago neta por atención sanitaria

El gasto en necesidades básicas es un nivel mínimo de gasto socialmente reconocido que se considera necesario para garantizar el sustento y otras necesidades personales básicas. Este informe calcula los niveles de gasto en necesidades básicas de cada hogar para estimar su capacidad de pago neta por atención sanitaria. Los hogares cuyo gasto de consumo total es inferior al nivel de gasto en necesidades básicas generado por la línea de necesidades básicas se consideran pobres.

Definir una línea de necesidades básicas

Las necesidades básicas pueden definirse de diferentes maneras. Este informe considera que la alimentación, los suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) y el alquiler son necesidades básicas, y distingue entre:

- hogares que no declaran ningún gasto en suministros o alquiler; sus necesidades básicas incluyen la alimentación;
- hogares que no declaran gastos de alquiler (sus habitantes son propietarios de la vivienda o pagan una hipoteca, la cual no se incluye en los datos de gastos de consumo), pero que sí declaran gastos de agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse; sus necesidades básicas incluyen alimentación y suministros;
- hogares que pagan alquiler pero no declaran gasto en agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse (por ejemplo, si el periodo de declaración es tan corto que no coincide con la facturación de los suministros y no hay una declaración alternativa de las compras irregulares); sus necesidades básicas incluyen los alimentos y el alquiler;
- hogares que declaran pagar tanto agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse como alquiler, por lo que sus necesidades básicas incluyen alimentos, suministros y alquiler.

Es importante ajustar la capacidad de los hogares para pagar el alquiler (entre los inquilinos). Las encuestas sobre presupuestos familiares consideran que las hipotecas son inversiones, no gastos de consumo. Por este motivo, la mayoría no recoge el gasto de los hogares en hipotecas. Si no se resta alguna parte del gasto en alquiler de los inquilinos, estos parecerán ser sistemáticamente más ricos (y tener mayor capacidad de pago neta) que los hogares idénticos con hipotecas.

Para estimar los niveles estándar (normativos) del gasto en necesidades básicas, todos los hogares se clasifican en función de su gasto de consumo

total por persona (equivalente). Los hogares situados entre los percentiles 25 y 35 de la muestra total se denominan muestra representativa para estimar el gasto en necesidades básicas. Se supone que son capaces de satisfacer, aunque no necesariamente de superar, las necesidades básicas de alimentación, suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) y alquiler.

En algunos países es habitual financiar los pagos directos con ahorros o préstamos, lo que podría inflar artificialmente el consumo de un hogar y afectar a su clasificación. Cuando esto supone un problema, puede ser preferible clasificar los hogares según el gasto de consumo por persona equivalente sin pago directo.

Cálculo de la línea de necesidades básicas

Para empezar a calcular las necesidades básicas, hay que utilizar una escala de equivalencia de hogares que refleje la escala económica del consumo de los hogares. La escala de equivalencia de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (la escala de Oxford) se utiliza para generar el tamaño equivalente de cada hogar:

$$\text{tamaño equivalente del hogar} = 1 + 0,7 * (\text{número de adultos} - 1) + 0,5 * (\text{número de niños menores de 13 años})$$

El gasto de consumo total de cada hogar (menos el alquiler imputado), el gasto en alimentación y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse) y el gasto de alquiler se divide por el tamaño equivalente del hogar para obtener los respectivos niveles equivalentes de gasto.

Los hogares cuyo gasto de consumo total equivalente se sitúa entre el percentil 25 y el 35 de toda la muestra ponderada son los hogares representativos utilizados para calcular los niveles normativos de necesidades básicas. Utilizando las ponderaciones de la encuesta, la media ponderada del gasto en alimentación, suministros y alquiler entre los hogares representativos que declaran valores positivos para estos gastos, da el gasto en necesidades básicas por persona (equivalente) en alimentación, suministros y alquiler.

Obsérvese de nuevo que se excluyen los hogares que no declaran gastos de alimentación, ya que esto puede reflejar errores de información. Para los hogares que no declaran ningún gasto de alquiler o de suministros, solo se utiliza el gasto de necesidades básicas ponderado por la muestra para representar el gasto total de necesidades básicas por persona (equivalente). En el caso de los hogares que declaran gastos de suministros pero no declaran ningún gasto de alquiler, se suman las dos medias ponderadas de la muestra de gastos en necesidades básicas de alimentación y suministros para calcular el gasto total de necesidades básicas por persona (equivalente). En el caso de los hogares que declaran gastos de alquiler pero no declaran ningún gasto en suministros, se suman las dos medias ponderadas de la muestra de gastos en necesidades básicas de alimentos y alquiler para calcular el gasto total en necesidades básicas por persona (equivalente). Para los hogares que declaran tanto el alquiler como los suministros, se suman las tres medias ponderadas de la

muestra de gastos en necesidades básicas de alimentación, suministros y alquiler para calcular el gasto total en necesidades básicas por persona (equivalente).

Calcular los niveles de gasto en necesidades básicas de cada hogar

El gasto en necesidades básicas específico de cada hogar se calcula multiplicando el gasto total en necesidades básicas por nivel de persona (equivalente) calculado anteriormente según la escala de equivalencia de cada hogar. Obsérvese que un hogar se considera pobre cuando su gasto de consumo total es inferior a su gasto en necesidades básicas.

Capacidad de pago neta por atención sanitaria

Se define como los recursos de necesidades no básicas utilizados para el gasto de consumo. Algunos hogares pueden declarar un gasto de consumo total inferior al de las necesidades básicas, lo que los define como pobres. Nótese que si un hogar es pobre, la capacidad de pago será negativa después de restar el nivel de necesidades básicas.

Estimación de los pagos directos empobrecedores

La estimación de gasto sanitario empobrecedor tiene como objetivo cuantificar el impacto de los pagos directos en la pobreza. Para este indicador, los hogares se dividen en cinco categorías en función de su nivel de pago directo sanitario en relación con la línea de pobreza (el nivel de necesidades básicas):

- sin pagos directos: hogares que declaran no tener pagos directos;
- sin riesgo de empobrecimiento tras los pagos directos: hogares no pobres (aquellos cuyo consumo total por persona equivalente supera la línea de pobreza) con pagos directos que no los sitúan por debajo del 120 % de la línea de pobreza (es decir, hogares cuyo consumo por persona equivalente neto de pagos directos se sitúa en el 120 % de la línea de pobreza o por encima de él);
- en riesgo de empobrecimiento tras los pagos directos: hogares no pobres con pagos directos que los sitúan por debajo del 120 % de la línea de pobreza; en este estudio se utiliza un múltiplo de 120 %, pero también se han elaborado estimaciones utilizando 105 % y 110 %;
- empobrecidos tras los pagos directos: hogares que no eran pobres antes de los pagos directos, pero que se ven empujados por debajo de la línea de pobreza después de los pagos directos; en el caso excepcional de que la capacidad de pago sea nula y los pagos directos sean superiores a cero, se consideraría que un hogar está empobrecido por los pagos directos, y
- todavía más empobrecidos tras los pagos directos: hogares pobres (aquellos cuyo consumo total por persona equivalente está por debajo de la línea de pobreza) que incurren en pagos directos.

Estimación de los gastos catastróficos

Los pagos directos catastróficos se miden como pagos directos que igualan o superan algún umbral de la capacidad de pago neta de un hogar por atención sanitaria. Los umbrales son arbitrarios. El umbral más utilizado para medir la capacidad de pago neta es el 40 %. En este estudio se utiliza el 40 % a efectos de información, pero también se han elaborado estimaciones utilizando umbrales del 20 %, 25 % y 30 %.

Los hogares con pagos directos catastróficos se definen como:

- aquellos cuyos pagos directos superan el 40 % de su capacidad de pago neta; es decir, todos los hogares que están empobrecidos después de los pagos directos porque sus pagos directos son superiores a su capacidad de pago neta por atención sanitaria, y
- aquellos con pagos directos cuya relación entre los pagos directos y la capacidad de pago neta es inferior a cero (negativa); es decir, todos los hogares todavía más empobrecidos tras efectuar pagos directos porque no tienen ninguna capacidad de pago neta por atención sanitaria.

Los hogares con pagos directos no catastróficos se definen como aquellos con pagos directos inferiores al umbral de gasto catastrófico predefinido.

A efectos políticos, es útil identificar qué grupos de personas se ven más o menos afectados por los pagos directos catastróficos (equidad) y qué servicios sanitarios son más o menos responsables de los pagos directos catastróficos.

Distribución de los pagos directos catastróficos

La primera dimensión de equidad es el quintil de gasto. Los quintiles de gasto se determinan en función del gasto familiar equivalente por persona. Al agrupar a la población por quintiles es preciso ponderar los hogares. Los países pueden considerar la pertinencia de analizar otras dimensiones de la equidad, como las diferencias entre poblaciones urbanas y rurales, entre regiones, entre hombres y mujeres, grupos de edad y tipos de hogares.

En algunos países es habitual financiar los pagos directos a partir de ahorros o préstamos, lo que podría inflar artificialmente el consumo de un hogar y afectar a su clasificación. Cuando esto supone un problema, puede ser preferible calcular los quintiles en función del gasto familiar no equivalente a la salud por persona.

Estructura de los pagos directos catastróficos

Para los hogares de cada categoría de protección financiera, se debe informar del porcentaje de pagos directos en diferentes tipos de bienes y servicios sanitarios, si el tamaño de la muestra lo permite, utilizando las siguientes categorías, con su correspondiente categorización COICOP: medicamentos (06.1.1), productos sanitarios (06.1.2 y 06.1.3), atención ambulatoria (06.2.1), atención dental (06.2.2), pruebas de diagnóstico (06.2.3) y atención hospitalaria (06.3). En la medida de lo posible, debe distinguirse entre medicamentos con y sin receta médica.

Referencias³

Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*. 2(3):357–66 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/original-research2>).

United Nations Statistics Division (2018). Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York (NY): United Nations Statistics Division (https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf).

Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Washington (DC): The World Bank (Policy Research Working Paper No. 6861).

WHO Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>).

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff*. 26(4):972–83.

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 362:111–7.

3. Todos los enlaces web accedidos en 7 de octubre de 2021.

Anexo 3. Indicadores regionales y globales de protección financiera

La OMS utiliza indicadores regionales y globales para supervisar la protección financiera en la Región Europea, como se muestra en la tabla A3.1.

Tabla A3.1. Indicadores regionales y globales de protección financiera en la Región Europea

Nota: PPA: paridad de poder adquisitivo.

Fuentes: Sede de la OMS y Oficina Regional de la OMS para Europa.

Indicadores regionales	+	Indicadores globales
Pagos directos empobrecedores		
Riesgo de pobreza debido a los pagos directos: la proporción de hogares empobrecidos, todavía más empobrecidos, en riesgo de empobrecimiento o sin riesgo de empobrecimiento después de los pagos directos utilizando una línea específica del país basada en el gasto del hogar para satisfacer las necesidades básicas (alimentación, vivienda y suministros: agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse)		Cambios en la incidencia y gravedad de la pobreza debido al gasto de los hogares en atención sanitaria utilizando: <ul style="list-style-type: none"> • una línea de pobreza extrema de 1,90 dólares por persona y día, ajustada a la PPA • una línea de pobreza de 3,10 dólares por persona y día, ajustada a la PPA • una línea de pobreza relativa del 60 % del consumo o ingreso medio por persona y día
Pagos directos catastróficos		
La proporción de hogares con pagos directos superiores al 40 % de la capacidad de pago neta del hogar por atención sanitaria		La proporción de la población con un gran gasto doméstico en salud como parte del consumo o de los ingresos totales del hogar (superior al 10 % o al 25 % del consumo o de los ingresos totales del hogar)

Indicadores regionales

Los indicadores regionales reflejan un compromiso con las necesidades de los Estados miembros europeos. Fueron desarrollados por la Oficina de Barcelona de la OMS para la Financiación de los Sistemas de Salud (parte de la División de Sistemas de Salud y Salud Pública de la Oficina Regional de la OMS para Europa), a petición del Director Regional de la OMS para Europa, para satisfacer la demanda de los Estados miembros de medidas de desempeño más adecuadas para los países de ingresos altos y medios y con un mayor énfasis en las políticas a favor de los pobres, en línea con las resoluciones del Comité Regional (véase el Anexo 2).

A escala regional, el apoyo de la OMS a la supervisión de la protección financiera está respaldado por la Carta de Tallin: Sistemas de salud para la salud y la riqueza, Salud 2020, y la resolución EUR/RC65/R5 sobre las prioridades para el fortalecimiento de los sistemas de salud en la Región Europea de la OMS 2015-2020, que incluyen el compromiso de trabajar por una Europa libre de pagos empobrecedores para la salud.

Indicadores globales

Los indicadores globales reflejan un compromiso de seguimiento global. Permiten comparar fácilmente los resultados de los Estados miembros de la Región Europea con los del resto del mundo.

En el plano global, el apoyo de la OMS al seguimiento de la protección financiera está respaldado por la resolución WHA64.9 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre estructuras de financiación sanitaria sostenible y cobertura universal, adoptada por los Estados miembros en mayo de 2011. Más recientemente, con la adopción, en 2015, de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) concomitantes en 2015, las Naciones Unidas han reconocido a la OMS como el organismo custodio del ODS3 (Buena salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y específicamente del indicador 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, que incluye la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de calidad en materia de salud, y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos. El indicador 3.8 tiene dos indicadores: 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales y 3.8.2 Sobre la protección financiera al utilizar los servicios sanitarios.

La elección del indicador global o regional tiene implicaciones para las políticas

Los indicadores globales y regionales proporcionan información sobre la incidencia y la magnitud de las dificultades financieras asociadas a los pagos directos sanitarios, pero lo hacen de manera diferente. En consecuencia, pueden tener diferentes implicaciones las políticas y sugerir respuestas políticas diferentes.

El indicador global, por ejemplo, define los pagos directos como catastróficos cuando superan un porcentaje fijo del consumo o de los ingresos de un hogar (su presupuesto). Aplicar el mismo nivel porcentual fijo a todos los hogares, independientemente de su riqueza, implica que, tanto los hogares muy pobres como los muy ricos que gasten el mismo porcentaje de presupuesto en salud, experimentarán el mismo grado de dificultades financieras.

Los estudios globales muestran que, con este enfoque, la incidencia de los pagos directos catastróficos se concentra más entre los hogares más ricos (o se concentra menos entre los hogares más pobres) (OMS y Banco Mundial 2015, 2017). Con este tipo de distribución, la implicación política es que los hogares más ricos tienen más probabilidades de experimentar dificultades financieras que los hogares más pobres. La respuesta política adecuada a esta conclusión no es clara.

En cambio, para identificar los hogares con pagos directos catastróficos, el indicador regional deduce del gasto de consumo de cada hogar una cantidad estándar que representa el gasto en tres necesidades básicas: alimentación, vivienda (alquiler) y suministros. A continuación, aplica el mismo nivel porcentual fijo a la cantidad restante (que se denomina

capacidad de pago neta por atención sanitaria del hogar). Como resultado, aunque se aplica el mismo nivel a todos los hogares, la cantidad a la que se aplica resulta ser significativamente menor que el consumo total del hogar en el caso de los hogares más pobres, pero más cercana al consumo total del hogar en el caso de los hogares más ricos. Esto implica que los hogares muy pobres que gastan pequeñas cantidades en pagos directos pueden experimentar dificultades financieras aunque el importe sea una parte relativamente pequeña de su presupuesto total, mientras que se supone que los hogares más ricos no experimentan dificultades hasta que han gastado una parte comparativamente mayor de su presupuesto en pagos directos.

El enfoque utilizado en la Región Europea hace que la incidencia de los pagos directos catastróficos se concentre especialmente en los hogares pobres de todos los países (Cylus et al., 2018). Para los países que buscan mejorar la protección financiera, la respuesta adecuada a este tipo de distribución es clara: diseñar políticas que protejan más a los hogares más pobres que a los más ricos.

Los estudios globales recientes informan con mayor frecuencia de pagos directos empobrecedores utilizando líneas de pobreza absoluta fijadas en 1,90 dólares o 3,10 dólares al día en paridad de poder adquisitivo (OMS y Banco Mundial 2015, 2017). Estas líneas de pobreza resultan demasiado bajas para ser útiles en Europa, incluso entre los países de ingresos medios. Así, por ejemplo, el informe más reciente de seguimiento global sugiere que, en el año 2010, solo el 0,1 % de la población de la Región Europea de la OMS estaba empobrecida después de efectuar los pagos directos utilizando la línea de pobreza de 1,90 dólares al día (0,2 % con la línea de pobreza de 3,10 dólares al día) (OMS y Banco Mundial, 2017).

Los estudios europeos utilizan más las líneas nacionales de pobreza o las líneas de pobreza elaboradas para reflejar los patrones nacionales de consumo (Yerramilli et al., 2018). Si bien las líneas de pobreza nacionales varían entre países —lo que dificulta la comparación internacional—, las líneas de pobreza elaboradas para reflejar los patrones nacionales de consumo —como la que se utiliza como línea de pobreza para el indicador regional— facilitan la comparación internacional (Saksena et al., 2014).

Referencias⁴

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ.* 96:599–609 (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031>).

Saksena P, Smith T, Tediosi F (2014). Inputs for universal health coverage: a methodological contribution to finding proxy indicators for financial hardship due to health expenditure. *BMC Health Serv Res.* 14:577.

WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/174536>).

WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>).

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy* 122(5):493–508 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.006>).

4. All weblinks accessed 7 October 2021.

Anexo 4. Glosario de términos

Capacidad de pago bruta por atención sanitaria: La capacidad de pago bruta por atención sanitaria se refiere a la totalidad de los recursos financieros de que dispone un hogar. En el contexto de la evaluación de la protección financiera, el enfoque de la capacidad de pago bruta presupone que todos los recursos del hogar están disponibles para pagar la atención sanitaria, mientras que el enfoque de la capacidad de pago neta (véase la entrada más abajo) presupone que parte de los recursos del hogar se deben utilizar para satisfacer las necesidades básicas del hogar. En la práctica, la capacidad de pago a menudo se evalúa a partir de los datos de encuestas de hogares sobre los niveles declarados de ingresos o gastos de consumo a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Los datos disponibles rara vez reflejan todos los recursos financieros de que dispone un hogar, como, por ejemplo, los recursos en forma de ahorros o inversiones.

Capacidad de pago neta por atención sanitaria: En el presente estudio, la capacidad de pago neta es igual al consumo de un hogar menos una cantidad normativa (estándar) destinada a satisfacer las necesidades básicas del hogar en materia de alimentación, vivienda y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse). Dicha cantidad se sustrae de manera uniforme en el caso de todos los hogares. Equivale a una línea de pobreza o a una línea de necesidades básicas a cubrir.

Cobertura sanitaria universal: Todas las personas tienen acceso a los servicios de salud de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades financieras.

Cobros a los usuarios: También denominados «pagos de los usuarios». Véase «copagos».

Consumo: También denominado «gastos dedicados al consumo». El consumo total del hogar equivale al valor monetario de todos los productos consumidos por ese hogar durante un periodo de tiempo determinado. Incluye el valor imputado de los productos que no se adquieren, sino que se obtienen con fines de consumo por otras vías (por ejemplo, los productos elaborados por el propio hogar).

Copagos (cobros o pagos de los usuarios): Dinero que las personas deben pagar en el momento de utilizar los servicios de salud cubiertos por un tercero como un gobierno, un fondo asegurador de salud o una aseguradora privada. Los *copagos fijos* son una cantidad fija pagada por producto o servicio, los *copagos porcentuales* (también denominado «coaseguramiento») exigen que el usuario pague parte del precio del producto o servicio y los deducibles o *franquicias* exigen que el usuario pague de entrada una cantidad fija determinada antes de que el tercero intervenga para cubrir los gastos. Otros métodos de cobro a los usuarios son la *facturación del saldo* (sistema en el que los proveedores pueden cobrar a los pacientes una cantidad superior al precio o la tarifa determinados por el tercero que realiza el pago), la *sobrefacturación* (facturación de servicios que no entran dentro del paquete de prestaciones) y los *precios de referencia* (un sistema en el que las personas deben pagar la diferencia entre el precio o la tarifa determinados por el asegurador -el precio de referencia- y el precio de venta).

Dificultades financieras: Las personas experimentan dificultades financieras cuando sus pagos directos son elevados en relación con su capacidad de pago bruta por atención sanitaria.

Encuesta de presupuestos familiares: Por lo general, encuestas por muestreo nacionales que a menudo llevan a cabo las oficinas de estadística nacionales para medir el consumo de los hogares en un periodo de tiempo determinado. En ocasiones se las denomina «encuestas de gasto de consumo familiar» o «encuestas de gasto familiar». Los países de la Unión Europea deben llevar a cabo una encuesta de presupuestos familiares al menos una vez cada cinco años.

Exención de copagos: Mecanismo para proteger a las personas frente a los pagos directos. Las exenciones pueden aplicarse a grupos de personas, problemas de salud, enfermedades, productos o servicios.

Hogares empobrecidos: Hogares que no eran pobres antes de los pagos directos, pero que se ven empujados por debajo de la línea de pobreza o la línea de necesidades básicas después de efectuar los pagos directos.

Hogares todavía más empobrecidos: Los hogares pobres (aquellos cuyo consumo total por persona equivalente está por debajo de la línea de pobreza o la línea de necesidades básicas) que incurren en pagos directos.

Línea de necesidades básicas: Nivel de ingreso o consumo personal o del hogar necesario para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda y suministros (agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse). Las líneas de necesidades básicas, al igual que las líneas de pobreza, pueden definirse de varias maneras. Se utilizan para medir los gastos directos empobrecedores. En el presente estudio, la línea de necesidades básicas se define como el gasto promedio en alimentación, vivienda y suministros de los hogares entre los percentiles 25 y 35 de la distribución del consumo de los hogares, ajustada según el tamaño y la composición del hogar. Los conceptos de línea de necesidades básicas y línea de pobreza se utilizan indistintamente. Véase línea de pobreza.

Línea de pobreza: Nivel de ingresos o consumo personal o del hogar por debajo del cual se considera que la persona o el hogar es pobre. Las líneas de pobreza se definen de varias maneras. En el presente estudio, los conceptos de línea de pobreza y línea de necesidades básicas se utilizan indistintamente. Véase «línea de necesidades básicas».

Necesidades básicas: Los recursos mínimos necesarios para la subsistencia, lo que se suele interpretar como el consumo de alimentos, vestimenta y vivienda.

Necesidades insatisfechas de atención sanitaria: Se trata de un indicador del acceso a la atención sanitaria. Casos en que quienes necesitan atención sanitaria no la reciben como resultado de las barreras de acceso.

Pago informal: Contribución directa en efectivo o en especie que viene a sumarse a la contribución efectuada en el marco del modelo de cobertura y que los pacientes u otras personas en su nombre entregan a los proveedores de los servicios de salud a los que tienen derecho los pacientes.

Pagos directos catastróficos: También denominados «gastos catastróficos en salud». Se trata de un indicador de la protección financiera. Los pagos directos catastróficos se pueden medir de varias maneras. En el presente estudio, se entiende que ocurren cuando los gastos directos de un hogar superan el 40 % de su capacidad de pago neta por atención sanitaria. La incidencia del gasto catastrófico en salud incluye a los hogares empobrecidos y a los hogares todavía más empobrecidos.

Pagos directos empobrecedores: También denominados «gastos empobrecedores en salud». Se trata de un indicador de la protección financiera. Los pagos directos que abocan a las personas a una situación de pobreza o de mayor pobreza. Se considera que un hogar está empobrecido si su consumo total se hallaba por encima de la línea nacional o de una línea internacional de pobreza o necesidades básicas antes de los pagos directos y pasa a estar por debajo de dicha línea después de efectuar los pagos directos.

Pagos directos: También denominados «gasto familiar en salud» o «gastos de bolsillo». Todo pago realizado por las personas en el momento de utilizar un producto o servicio de salud facilitado por cualquier tipo de proveedor. Los gastos directos incluyen los copagos formales (cobros a o pagos de los usuarios) por los productos y servicios cubiertos, los pagos formales por la adquisición a título privado de productos y servicios y los pagos informales por los productos y servicios cubiertos o adquiridos a título privado. Quedan excluidos los pagos por adelantado (por ejemplo, impuestos cotizaciones o pólizas) y los reembolsos que el hogar reciba de un tercero como el gobierno, un fondo asegurador de salud o una aseguradora privada.

Persona equivalente: A fin de que las comparaciones del gasto de los hogares reflejen las diferencias de tamaño y composición familiar, se utilizan escalas de equivalencia para calcular los niveles de gasto por adulto equivalente en un hogar. El presente estudio utiliza la escala de Oxford (también conocida como la escala de equivalencia de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), en la que el primer adulto del hogar cuenta como un adulto equivalente, los siguientes miembros del hogar mayores de 13 años cuentan cada uno como 0,7 adultos equivalentes y los niños menores de 13 años cuentan cada uno como 0,5 adultos equivalentes.

Presupuesto familiar: También denominado «consumo total del hogar». La suma del valor monetario de todos los productos consumidos por el hogar durante un periodo de tiempo determinado y el valor imputado de los productos que no se adquieren, sino que se obtienen con fines de consumo por otras vías.

Presupuesto: Véase «presupuesto familiar».

Protección financiera: La ausencia de dificultades financieras al utilizar los servicios de salud. Cuando los sistemas de salud no ofrecen una protección financiera adecuada, puede haber hogares que no dispongan del dinero necesario para pagar la atención sanitaria o para satisfacer otras necesidades básicas. Una protección financiera insuficiente puede

tener toda una serie de consecuencias sanitarias y económicas negativas, como reducir el acceso a la atención sanitaria, empeorar la salud de las personas, agudizar la pobreza y exacerbar las desigualdades sanitarias y socioeconómicas.

Quintil: Uno de los cinco grupos iguales (quintos) de una población. En el presente estudio, se dividen los hogares en quintiles en función de su consumo por persona equivalente. El primer quintil corresponde a la quinta parte de los hogares con menor consumo o «quintil más pobre» y el quinto quintil es el que tiene el mayor consumo o «quintil más rico».

Riesgo de empobrecimiento después de los pagos directos: Después abonar los pagos directos por atención sanitaria, un hogar puede estar todavía más empobrecido, empobrecido, en riesgo de empobrecimiento o sin riesgo de empobrecimiento. Un hogar se halla en riesgo de empobrecimiento (o exento de tal riesgo) si sus gastos totales después de efectuar los pagos directos se aproximan (o no) a la línea de pobreza o a la línea de necesidades básicas.

Servicios de salud: Todo producto o servicio prestado en un sistema sanitario, incluidos los medicamentos, los productos sanitarios y las pruebas diagnósticas, la atención odontológica, la atención ambulatoria y la atención hospitalaria. «Servicios de salud» y «atención sanitaria» se utilizan indistintamente.

Suministros: agua, electricidad y combustible para cocinar o calentarse.

Tope de los cobros a los usuarios (copagos): Mecanismo para proteger a las personas frente a los pagos directos. Se trata de la cantidad máxima que una persona u hogar debe pagar directamente en concepto de cargos por el uso de un producto o servicio, o por un determinado periodo de tiempo. Puede definirse como una cantidad absoluta o como un porcentaje de los ingresos de la persona/hogar. En ocasiones también se denomina «máximo» o «techo de los pagos directos».

Tope de prestaciones: Mecanismo para proteger a los terceros que liquidan los pagos, como los gobiernos, los fondos aseguradores de salud o las aseguradoras privadas. Se trata de la cantidad máxima que la entidad aseguradora debe financiar por producto o servicio, o en un determinado periodo de tiempo. Se suele definir como una cantidad absoluta. Una vez se alcanza la cantidad máxima establecida, el usuario debe correr con el coste restante. En ocasiones también se denomina «prestaciones máximas» o «techo de prestaciones».

La Oficina Regional de la OMS para Europa

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

World Health Organization Regional Office for Europe

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

Estados Miembros

Albania	Eslovenia	Kirguistán	República de Moldavia
Alemania	España	Letonia	Rumania
Andorra	Estonia	Lituania	San Marino
Armenia	Federación de Rusia	Luxemburgo	Serbia
Austria	Finlandia	Macedonia del Norte	Suecia
Azerbaiyán	Francia	Malta	Suiza
Bélgica	Georgia	Mónaco	Tayikistán
Bielorrusia	Grecia	Montenegro	Turkmenistán
Bosnia y Herzegovina	Hungría	Noruega	Turquía
Bulgaria	Irlanda	Países Bajos	Ucrania
Chipre	Islandia	Polonia	Uzbekistán
Croacia	Israel	Portugal	
Dinamarca	Italia	Reino Unido	
Eslovaquia	Kazajistán	República Checa	