

Informe SESPAS

Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014

Rosa Urbanos Garrido^{a,*} y Jaume Puig-Junoy^b^a Departamento de Economía Aplicada VI, Facultad de CC. Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España^b Departament d'Economia i Empresa, Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, i Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2013

Aceptado el 17 de febrero de 2014

Palabras clave:

Crisis

Utilización sanitaria

Equidad

Copago

Medicamentos

R E S U M E N

Se analizan los principales cambios en los patrones de utilización sanitaria que se están produciendo en España como consecuencia de la crisis y de las medidas adoptadas frente a ella. Se examina el impacto de la reforma en el diseño del copago farmacéutico, que ofrece como resultado una importante reducción en el número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia, si bien sus efectos sobre la adherencia al tratamiento, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos, y en última instancia la salud, aún se desconocen. Asimismo, el artículo constata que en los años más recientes de la crisis se han producido aumentos en los tiempos y listas de espera de intervenciones quirúrgicas, y en la insatisfacción que los ciudadanos muestran hacia la sanidad pública. Del análisis de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12 se concluye que, en lo que respecta a los servicios no cubiertos –en particular las visitas al dentista–, la crisis está teniendo un efecto disuasorio en la utilización sanitaria de las capas sociales más desfavorecidas. Se recomienda definir mejor el papel que deben tener las aportaciones de los usuarios dentro del ámbito del Sistema Nacional de Salud, y prestar atención y medios a quienes más lo necesitan, para evitar que los colectivos con mejor situación socioeconómica capturen los servicios que quedan disponibles tras los recortes de fondos públicos.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Austerity policies and changes in healthcare use patterns. SESPAS report 2014

A B S T R A C T

This article analyzes the main changes in healthcare use patterns in Spain related to the economic recession and to the measures taken to address it. The impact of the reform of drug copayment is examined; the number of prescriptions has decreased, although the effects of this reform on adherence, access to necessary and effective treatments, and health, are still unknown. This article also describes how waiting times and waiting lists for surgery have increased in recent years, as has the population's dissatisfaction with the national health system. Analysis of microdata from the Spanish national health surveys for 2006 and 2011/12 show that the economic recession is deterring the use of uncovered dental visits among the lowest social class. We recommend clearer definition of the role played by copayments within the national health system, and focussing on those who most need healthcare in order to prevent the more socioeconomically advantaged collectives from consuming a larger share of available services after the cuts.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Crisis

Healthcare use

Equity

Copayments

Drugs

Introducción

El impacto de las crisis económicas sobre la utilización de los servicios sanitarios es, en teoría y a priori, de signo desconocido, y puede producirse a través de cambios en la salud de los individuos o de alteraciones en los recursos que aquéllos pueden destinar a la atención sanitaria¹. La literatura científica muestra que el modo en que las crisis afectan a la salud depende, entre otras cosas, del modelo de protección social vigente en cada país y de las medidas que los gobiernos adoptan para salir de la recesión^{2,3}. Sin embargo, en la investigación empírica disponible sobre la situación actual no hay mucha controversia al respecto de que las crisis tienden a reducir la renta media de las familias y, por tanto, a dificultar el

acceso a los servicios médicos. Así, cuanto mayor es el montante de los pagos directos que los pacientes han de afrontar para recibir atención sanitaria, más probable es que reduzcan su uso, tal y como concluyen Lusardi et al.¹, que examinan el cambio en las pautas de obtención de atención médica como consecuencia de la disminución de la renta y el empleo debido a la crisis. Estos autores también comprueban que cuanto mayor es la pérdida de riqueza mayor es la reducción neta en la utilización de atención no urgente, y que el impacto es particularmente elevado en los jóvenes y los individuos de rentas más bajas. Otros países han constatado asimismo una fuerte asociación entre los ciclos económicos recesivos y una disminución en el uso de los servicios sanitarios (particularmente de los preventivos), que tiende a perjudicar sobre todo a los más pobres⁴.

En España, la respuesta a la crisis se ha estructurado fundamentalmente a partir de una política de austeridad que afecta de manera notable a la sanidad pública⁵. El presente artículo analiza el impacto

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: urbanos@ccee.ucm.es (R. Urbanos Garrido).

Tabla 1
Reformas estatales y autonómicas en el copago farmacéutico en 2012

Nivel de gobierno	Medida de copago	Descripción	Aplicación autonómica
Estatal	Cambios en el porcentaje de copago (RD16/2012) desde 1/07/2012	Copago a pensionistas (10% del precio). Límite mensual según renta. Cambio en los porcentajes de los activos (40%, 50% o 60%) según renta	General: desde 1/07/2012 Excepciones: País Vasco: no se aplica hasta 1/07/2013 Cataluña: se aplica a los activos desde 1/08/2012 y a pensionistas desde 1/10/2012 a efecto de pago, no de acreditación General: al inicio el usuario paga aunque haya llegado al tope mensual y después se procede al reintegro Algunas excepciones: casi desde el inicio Cataluña, Madrid y Andalucía aplican los topes en el momento de pago sin reintegros (después también Canarias) General: desde 1/09/2012 sin excepciones
Estatal	Desfinanciación de una lista de medicamentos (RD16/2012) desde 1/09/2012	417 medicamentos quedan excluidos de la cobertura pública. Se trata principalmente de fármacos para síntomas menores (tos, sequedad ocular, etc.).	General: desde 1/09/2012 sin excepciones
Autonómico	Euro por receta	El usuario paga un euro por receta con un tope anual. Exclusión de personas de renta baja o sin renta	Cataluña: de 23/06/2012 a 15/01/2013 Madrid: de 1/01/2013 a 29/01/2013

Fuente: Puig-Junoy, Rodríguez-Feijó y López-Valcárcel (2013).

de las últimas reformas sobre la utilización de los servicios sanitarios, haciendo hincapié en sus efectos sobre la equidad. Abordamos inicialmente las consecuencias del cambio en el diseño y el ámbito de aplicación del copago, para examinar a continuación otras medidas que van desde el fin de la universalización de la asistencia hasta el recorte de medios técnicos y humanos. El texto finaliza con las consabidas conclusiones y recomendaciones.

Ideas clave

- La reforma del copago ha tenido como consecuencia un descenso importante en el número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia en el primer período tras la aplicación de la medida, aunque se mantiene el ritmo de crecimiento previo al cambio normativo.
- Es necesario y urgente conocer cuáles han sido los grupos de pacientes y de medicamentos más afectados por la drástica disminución del consumo, a fin de evaluar la potencial reducción del consumo excesivo atribuible a la gratuidad y su impacto sobre la adherencia a los tratamientos, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos, y en última instancia sobre la salud.
- Si no se desea que el copago se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, debe tener un papel recaudatorio limitado. Siempre es preferible un copago evitable y basado en criterios de efectividad a un copago lineal y obligatorio.
- La crisis económica parece estar dificultando el acceso a algunos servicios sanitarios a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Por consiguiente, es importante diseñar medidas de protección dirigidas de manera específica a estos colectivos, como medio de evitar que las consecuencias de la crisis recaigan principalmente sobre ellos.

Pagando por lo que antes era gratis: reforma del copago farmacéutico

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español ha dispuesto, hasta mediados de 2012, con la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012⁶, de una cobertura farmacéutica gratuita para pensionistas y sus dependientes, mientras los activos –salvo excepciones, como los funcionarios– debían pagar un 40% del precio de venta

al público de las prescripciones farmacéuticas extrahospitalarias. En el caso de medicamentos indicados principalmente para enfermedades crónicas se aplicaba un porcentaje de copago del 10%, con un tope por prescripción. Por otra parte, no existían topes ni techos en la cantidad máxima de aportación que debían realizar los individuos.

Los porcentajes nominales de coaseguramiento (40% y 10%) permanecieron inalterados en las dos últimas décadas, pese a que el copago efectivo medio había quedado en menos de la mitad desde la década de 1980 (pasando del 15% en 1980 al 7% en 2009). La reducción de la participación efectiva en el copago vendría explicada por el progresivo envejecimiento de la población, el alto número de medicinas con un copago del 10% y el consumo excesivo asociado al potencial riesgo moral⁷. Como resultado de ello y de otros factores, el consumo de medicamentos por persona en España se ha situado entre los mayores del mundo⁸.

En junio de 2012 se produce una reforma bastante profunda del sistema de copago sobre los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia, con tres tipos de políticas («tripago») que entran en vigor casi de manera concurrente entre finales de junio y comienzos de octubre de 2012^{5,9}. Se trata de: 1) la introducción temporal de un copago de 1 euro por receta con un máximo anual en Cataluña y Madrid, adoptando la forma de una tasa autonómica, hasta su suspensión por el Tribunal Constitucional; 2) la reforma del copago estatal, que pone fin a la gratuidad extensiva a todos los pensionistas, haciéndoles pagar un 10% del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual, y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50% y el 60%, dependiendo de su nivel de renta; y 3) la desfinanciación de un conjunto amplio de más de 400 medicamentos que suponen la mayor parte de determinados grupos terapéuticos, la mayoría indicados para síntomas menores.

En la [tabla 1](#) se muestra la secuencia temporal de la aplicación de estas tres medidas en España y en algunas comunidades autónomas.

Lo positivo de la reforma –básicamente poner de relieve que universal no equivale a gratuito, en un contexto en el que España registraba uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo– se ha visto ensombrecido por ciertos aspectos mejorables. El primero es el trato diferencial, a igual renta y necesidad, de los activos con enfermedades importantes, ya que el porcentaje de copago es muy alto y no se aplica ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, a pesar de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073567>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)