

Informe SESPAS

La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad



Rosa Urbanos-Garrido

Departamento de Economía Aplicada VI, Universidad Complutense de Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2015

Aceptado el 28 de enero de 2016

On-line el 20 de marzo de 2016

Palabras clave:

Desigualdad

Equidad

Acceso a la atención sanitaria

R E S U M E N

El artículo pone de manifiesto la presencia de desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias, que pueden calificarse de indeseables y evitables. Entre ellas, las relacionadas con la cobertura de necesidades, la dificultad para completar tratamientos médicos como consecuencia de dificultades económicas, o las desigualdades en los tiempos de espera y en el uso de servicios a igual necesidad. Una parte importante de las desigualdades parece haberse incrementado como consecuencia de las medidas adoptadas frente a la crisis. Las propuestas para lograr la equidad afectan a distintos ejes del Sistema Nacional de Salud: entre otros, la definición del aseguramiento, el reparto de costes entre aseguradores y asegurados, la distribución de competencias entre atención primaria y especializada, la gestión clínica y la producción y la difusión de información para favorecer la toma de decisiones de autoridades sanitarias, profesionales y ciudadanía. Además, se recomienda prestar especial atención a colectivos específicos particularmente vulnerables.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Inequality in access to health care services. Policy recommendations aimed at achieving equity

A B S T R A C T

This article reveals the presence of inequalities in access to health care that may be considered unfair and avoidable. These inequalities are related to coverage of clinical needs, to the financial problems faced by families in completing medical treatments, or to disparities in waiting times and the use of services for equal need. A substantial proportion of inequalities appears to have increased as a result of the measures adopted to face the economic crisis. The recommendations aimed at improving equity affect different pillars of the taxpayer-funded health system, including, among others, the definition of the right to public health care coverage, the formulas of cost-sharing, the distribution of powers between primary and specialty care, the reforms of clinical management, and the production and dissemination of information to facilitate the decision-making processes of health authorities, professionals and citizens. Moreover, it is recommended to focus on particularly vulnerable population groups.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Inequality

Equity

Access to health care

Introducción

La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la Organización Mundial de la Salud¹, principalmente por su relevancia para reducir las desigualdades en salud. Asimismo, la igualdad de acceso a igual necesidad supone un mandato para los Estados miembros de la Unión Europea (UE)². Garantizar un acceso equitativo abarca muchos frentes: cobertura de las necesidades percibidas y prestación de servicios adecuados, de calidad y coste-efectivos, para todo aquel que los precise (fig. 1). Este marco conceptual entronca con definiciones previas^{3–6} para las que la defensa de la equidad supone eliminar diferentes obstáculos: en la búsqueda de atención a un problema de

salud (promoviendo que esta se produzca), en la entrada al sistema sanitario (para evitar que no se reciba cuando se busca), durante la utilización (como consecuencia de los tiempos de espera, el coste o la distancia) y al final de la atención (no resolución del problema de salud)⁶.

Pese a la amplitud del concepto, la garantía de la equidad no implica necesariamente que todos deban tener acceso a todo en todo momento^{1,7}. El contenido de las prestaciones puede diferir entre países, pero también dentro de un mismo Estado puede haber diferencias en la cartera de servicios que se consideren admisibles (en particular en entornos federales o casi federales). En todo caso, cada sistema sanitario ha de fijar los criterios de definición de lo que se considera una cesta de servicios razonable –y financieramente asumible– a la que vincular el principio de equidad en el acceso.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España ofrece una amplia cobertura –pese a las restricciones ligadas a la crisis económica– en

Correo electrónico: urbanos@ccee.ucm.es

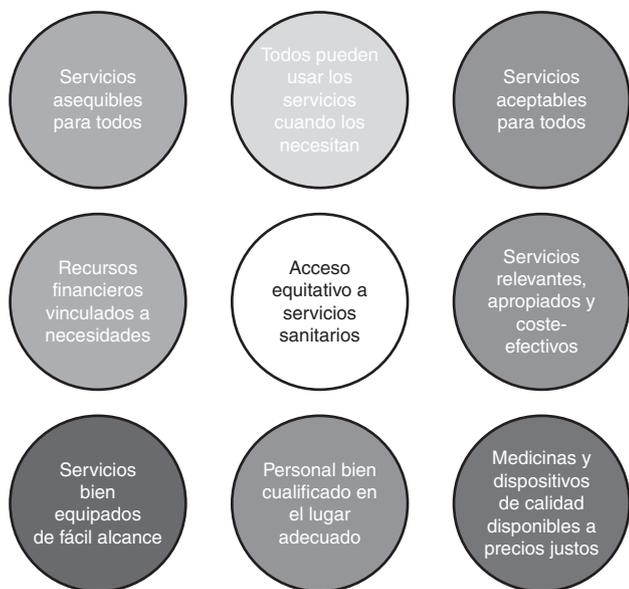


Figura 1. Determinantes del acceso equitativo a los servicios sanitarios. (Fuente: traducido de European Commission, 2015².)

sus tres dimensiones: población asegurada, prestaciones financiadas públicamente y porcentaje del coste asumido por el asegurador. Además, la descentralización ha propiciado la extensión geográfica de la oferta de servicios básicos, y se han articulado fondos de cohesión y garantía para financiar los desplazamientos de pacientes que, no pudiendo obtener una prestación en su comunidad de residencia, la reciben en otra. Sin embargo, sigue habiendo problemas de acceso cuya magnitud (y repercusiones) no son en absoluto irrelevantes.

Importancia del problema: algunos datos sobre desigualdades en el acceso en España

Necesidades insatisfechas

En 2013, el porcentaje de población española con necesidades sanitarias no cubiertas alcanzaba el 6,8% (6,9% en la UE). Aunque se había reducido del 6,8% al 1,9% entre 2004 y 2007, en los últimos años ha vuelto al nivel inicial⁸. Además, las necesidades insatisfechas tienden a concentrarse en los quintiles de renta más bajos (fig. 2). No obstante, los problemas relacionados con el coste, la lejanía o el tiempo de espera constituyen la cuarta causa en importancia en España (la primera en la UE). En cuanto a las necesidades de atención dental, en 2013 un 10,7% de las personas encuestadas declaraba necesidades insatisfechas (un 7,9% en la UE) (fig. 3). Pese a que en 2007 España había conseguido reducir este porcentaje a casi dos puntos por debajo de la media de la UE (hasta el 6,7%), desde entonces empezó a crecer hasta volver a valores de 2004. La figura 3 muestra cómo, en este caso, la principal causa que explica las necesidades insatisfechas tiene su origen en el coste (7,5 de los 10,7 porcentuales), la lejanía o el tiempo de espera; el gradiente social es fácilmente apreciable en el gráfico.

Por otra parte, según el Barómetro Sanitario, el 4,5% de las personas encuestadas en 2014 aseguraban que en el último año habían dejado de tomar algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública porque no se lo pudieron permitir⁹. En el grupo de empresarios, profesionales y cuadros medios este porcentaje se situaba en el 2,4%, mientras para los obreros no cualificados ascendía al 5% y, entre los parados, al 7,9%.

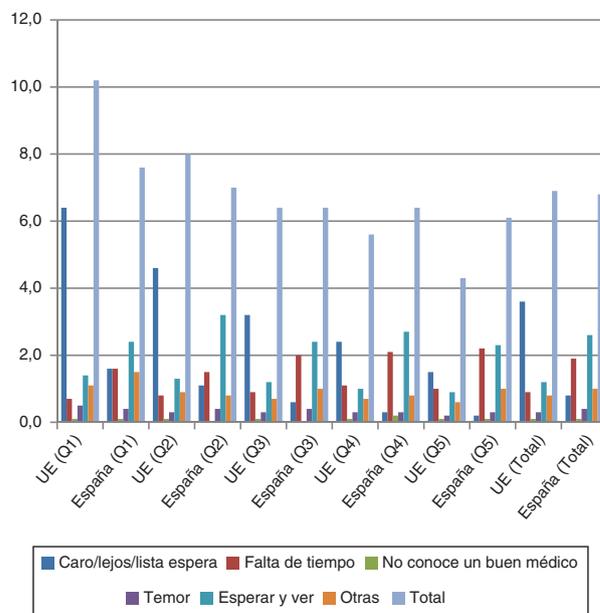


Figura 2. Necesidades médicas no satisfechas por quintiles de renta (UE y España, 2013). (Fuente: Eurostat).

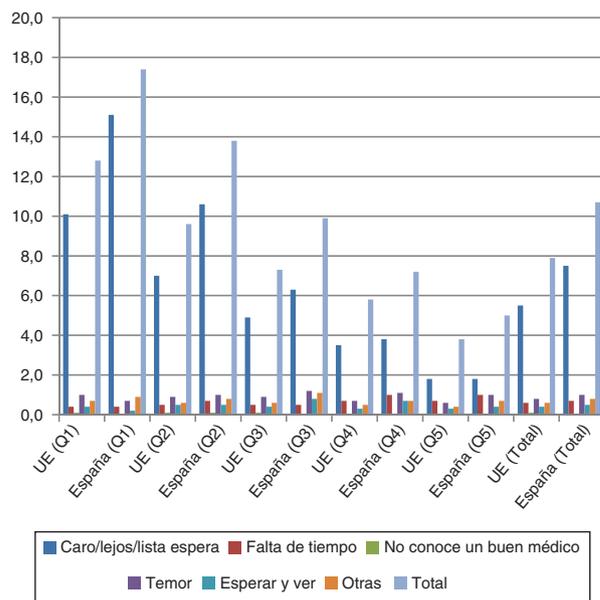


Figura 3. Necesidades de atención dental no satisfechas por quintiles de renta (UE y España, 2013). (Fuente: Eurostat).

Tiempos de espera

Se constatan diferencias en el acceso a la atención sanitaria financiada públicamente en función de la modalidad de cobertura de los pacientes. El análisis de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012 muestra un acceso desigual entre quienes están cubiertos por las mutualidades públicas y se acogen a la provisión privada (por encima del 80% de los mutualistas), y el resto de la población (mutualistas que eligen Seguridad Social y resto de asegurados). Los resultados son reveladores: los mutualistas con proveedor privado esperan, de media, 30 días para conseguir cita con el especialista; el resto de la población, casi el doble (54 días). El tiempo de espera antes del ingreso en el hospital también varía notablemente: 1,4 meses para los mutualistas con proveedor privado frente a 5,8 meses para la población cubierta por la Seguridad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5120595>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5120595>

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