

COSTES COMPARTIDOS EN PRESTACIONES FARMACÉUTICAS Y EQUIDAD FINANCIERA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Autores: Paulina Correa Burrows¹, Encarnación Murillo García¹, Milagros Paniagua San Martín².

Afiliación: ¹Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España; ²Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, España

Resumen: Este trabajo analiza los efectos de los costes compartidos en medicamentos sobre la equidad financiera del sistema español de salud, atendiendo al reparto de las cargas financieras entre los hogares, en las distintas comunidades autónomas. Se contrasta empíricamente la compatibilidad del copago farmacéutico con el objetivo de justicia financiera, según la definición de la Organización Mundial de la Salud. Para ello, se contemplan dos escenarios alternativos. Los resultados muestran que la contribución a la financiación de la sanidad a través de costes farmacéuticos compartidos no se distribuye equitativamente respecto a la capacidad de pago de los hogares, tanto a nivel nacional como en las CCAA. Esto es así antes y después de la entrada en funcionamiento del nuevo sistema de financiación del gasto farmacéutico. La principal consecuencia es que los hogares con menor capacidad de pago quedan expuestos a una mayor pérdida de bienestar al tener que incurrir en estos pagos directos.

Palabras clave: costes compartidos, copago, gasto sanitario, equidad, gasto farmacéutico, justicia financiera, CCAA, España.

JEL: I15, I18, H22, H24, H51

1. INTRODUCCIÓN

El pago directo de los bienes y servicios sanitarios en el momento en que se necesitan es uno de los mecanismos de financiación de la sanidad más extendidos. En 2007 (último año para el que hay datos homogéneos), era la fuente de recaudación predominante en 33 países y representaba más del 25% de los fondos para la salud en otros 75 (OMS, 2010). La evidencia disponible ha constatado que no es exclusivo de los países de bajos ingresos ni de los sistemas de financiación sanitaria menos sofisticados (Wagstaff *et al*, 1989; Wagstaff y Van Doorslaer, 1999).

En un contexto de ajuste fiscal severo, muchos gobiernos europeos se han planteado, de hecho, la posibilidad de ampliar las políticas de costes compartidos en el ámbito de la sanidad. Por un lado, se busca modular comportamientos oportunistas y, por otro, ejercer una menor presión sobre las cuentas públicas. En este sentido, el gasto en prestaciones farmacéuticas es un candidato preferente al pago vinculado al uso y abonado por el paciente.

En España el gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud superó en 2011 los 12.000 millones de euros, lo que representa casi una quinta parte del gasto total en sanidad (Ministerio de Sanidad, 2012). Entre las cinco grandes economías de la UE, sólo Italia exhibe una proporción de gasto similar a la española (OECD, 2011).

La literatura no es concluyente respecto a las ganancias que supondría incrementar la participación del usuario en el coste de las prestaciones de farmacia (González López-Valcárcel, 2006). En países de renta media-alta, el rendimiento de los costes compartidos es bajo, una vez que a la recaudación por este concepto se le deducen los costes administrativos asociados a la gestión de los mecanismos de modulación (Repullo, 2009). Ello por no mencionar, el incremento de costes atribuido al desplazamiento de consumo hacia otras prestaciones sanitarias, bien por la búsqueda de sustitutos bien por una menor adherencia a los tratamientos.

Tampoco se pueden perder de vista los efectos sobre la equidad financiera. En los países desarrollados, las Encuestas Nacionales de Salud revelan que los grupos de renta más baja, las mujeres y los pensionistas tienden a presentar una mayor carga de morbilidad. Esta

circunstancia eleva claramente la exposición a pérdidas financieras excesivas (catastróficas, empobrecedoras y profundizadoras de la pobreza).

Este trabajo cuantifica el impacto del gasto directo en medicamentos sobre la equidad financiera, centrándose en el reparto de las cargas de financiación entre los hogares. Para ello, analizamos cómo se distribuye la pérdida de bienestar entre grupos de ingreso y por comunidades autónomas. Comparamos dos escenarios: uno con el sistema vigente hasta junio de 2012 : un copago del 40% del precio del medicamento para activos, del 10% para enfermos crónicos, y exención de pensionistas; y, otro, aplicando el Real Decreto 16/2012 por el que se introduce el copago sanitario teniendo en cuenta la renta¹, que implica un copago del 50% para activos con rentas de hasta 100.000 euros, del 60% para activos con rentas superiores a 100.000 euros, del 10% para pensionistas (límite máximo de 8 euros al mes para las rentas de hasta 22.000² euros y un tope de 18 euros para los jubilados con rentas más altas) y del 10% para enfermos crónicos.

La estructura del trabajo es la siguiente: en el epígrafe dos se describen algunos aspectos básicos de los costes compartidos y de los mecanismos vigentes en Europa y España. A continuación, se revisan los principales criterios y conclusiones que aporta la literatura científica sobre la utilización de los costes compartidos en la financiación de las prestaciones farmacéuticas. El epígrafe cuatro describe la metodología, seguido de los resultados obtenidos (epígrafe cinco). El trabajo se cierra con un análisis crítico de dichos resultados.

2. LOS COSTES COMPARTIDOS

Los **costes compartidos** (*cost-sharing*) asociados al consumo de bienes y servicios sanitarios suponen la participación del usuario de los servicios en la financiación parcial de las

¹ 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 (BOE, 24 de abril de 2012).

² Según la Agencia Tributaria.

prestaciones. En el ámbito de la sanidad, se pueden aplicar a los servicios de atención médica hospitalarios y extrahospitalarios, a los servicios hoteleros asociados a las hospitalizaciones y a las prestaciones farmacéuticas. Los costes compartidos del primer tipo son más frecuentes en los países con sistemas sanitarios basados en contribuciones a la seguridad social y están ampliamente extendidos en los sistemas basados en el aseguramiento privado. En los países que organizan la provisión de sanidad en torno a sistemas nacionales de salud, como es el caso de España, los costes compartidos casi sin excepción se aplican a las prestaciones farmacéuticas aunque el acceso a la atención médica primaria y las urgencias suelen ser gratuita o empiezan a estar gravadas en fechas recientes³.

2.1 Tipos de costes compartidos, efectos sobre la equidad y mecanismos de modulación

Bajo la modalidad de costes compartidos, hay tres formas en las que el usuario de los servicios sanitarios participa en su financiación: el copago, el coseguro y el pago de deducibles⁴:

- 1) Copago: se carga una cantidad al paciente por unidad de servicio no por su coste
- 2) Coseguro: los pacientes pagan un porcentaje del coste de los servicios utilizados.
- 3) Deducibles o franquicias: existe un nivel de gasto inicial que asume el paciente a partir del cual empieza a actuar la cobertura aseguradora.

La sostenibilidad financiera del sistema sanitario subyace a la utilización de los costes compartidos, ya que, por lo general, éstos se plantean como herramientas para disuadir el consumo innecesario y moderar la demanda, o bien como mecanismos para recaudar fondos. Sin embargo, más allá de la búsqueda de recursos adicionales, de la necesidad de reducir

³ En este grupo, Suecia y Dinamarca son excepciones aunque, como subraya Repullo (2009), sus sistemas nacionales de salud nunca han estado basados en la atención primaria.

⁴ Para una explicación más detallada de los tipos de costes compartidos, véase, entre otros, Repullo (2009).

problemas de eficiencia social e, incluso, del deseo de mejorar la conciencia de costes de los usuarios, no hay que perder de vista que desde un punto de vista financiero la sanidad pública debe responder a criterios de justicia, distribuyendo equitativamente las cargas financieras y evitando o atenuando las exposiciones a pérdidas económicamente catastróficas (Murray, Knaul, Xu et al., 2000).

Desde esta perspectiva, al valorar la conveniencia de su introducción, no se puede pasar por alto la pérdida de bienestar asociada a los costes compartidos, especialmente en aquellos individuos que por razones de edad, género o morbilidad exhiben una mayor concentración de riesgos. La literatura científica ha podido constatar la regresividad de los costes compartidos ante igual necesidad de atención y que éstos tienden a deteriorar la distribución del ingreso. Asimismo, hay evidencia sobre problemas de inequidad en el acceso, omisión de demanda y disminución de adherencia a los tratamientos (Newhouse, 1993; Manning y Marquis, 1996; Rice y Morrison, 1994).

Los efectos adversos sobre la equidad han dado pie al desarrollo de mecanismos de modulación, como son las exenciones y el desembolso directo máximo. En los primeros, subyace un criterio de equidad vertical, ya que el propósito es preservar la igualdad en el acceso y la financiación ante igual necesidad, siendo frecuente la discriminación por edad, condición biológica o funcional y nivel de ingresos. El desembolso directo máximo es fundamentalmente un mecanismo protector de rentas ante la concurrencia de un evento sanitario que, por intensidad o frecuencia, puede traducirse en pérdidas económicamente catastróficas. Se aplican con carácter general así que el criterio subyacente es el de equidad horizontal.

2.2 Los costes compartidos en Europa y España

Los costes compartidos para las prestaciones farmacéuticas existen en casi todo el ámbito de la UE-15 cuando se trata de medicamentos prescritos. El coseguro es la modalidad vigente en nueve países, entre ellos España, los Países Bajos, Luxemburgo, Suecia y Dinamarca. Los

pacientes abonan un porcentaje del coste de los medicamentos, existiendo numerosos casos de exenciones por motivos diversos. Asimismo, existen contribuciones máximas para enfermedades o colectivos específicos.

En Alemania, Reino Unido y Austria, los pacientes pagan una tarifa por prescripción o envase, que puede ser fija (Reino Unido) o variable en función del precio del medicamento o poder adquisitivo del paciente (Alemania). Existen techos máximos a la contribución y numerosas exenciones que, en el caso del Reino Unido, hacen que la mitad de la población no se vea afectada por estos pagos directos.

Francia, Italia y Finlandia alternan simultáneamente fórmulas de copago y coseguro. En el primer caso, se paga un porcentaje que depende de la clasificación de fármacos y, además, una tarifa por envase. En Italia hay categorías de medicamentos en función de su utilidad terapéutica de forma que los pacientes pagan una cuota fija por receta o el precio íntegro del fármaco. El sistema vigente en Finlandia contiene elementos de los esquemas italiano y francés. Así existe una clasificación de enfermedades que determina el pago de una cuota fija o de un porcentaje del precio del medicamento. Tanto en este último país como en Francia se han establecido máximos anuales. Asimismo, hay sistema de reintegro de costes y se contemplan algunas exenciones⁵.

En España, hasta junio de de 2012 la financiación del gasto farmacéutico contemplaba la exención de los pensionistas que no se habían desempeñado en la función pública. El porcentaje sufragado por el usuario del medicamento era del 40% en el caso de los activos, del 30% cuando se trataba de funcionarios de la AAPP asegurados a través de mutuales y del 10% para enfermedades concretas (habitualmente de carácter crónico). En este último caso, existía una contribución máxima de 2,64 euros por envase.

⁵ Para una revisión detallada de los sistemas de costes compartidos en medicamentos en Europa Occidental, véase, Puig (2001). Para un contexto más amplio, Europa, Estados Unidos y Canadá, véase, Mas *et al.* (2012).

2.3 Reformas recientes en el sistema español

En el contexto de una severa crisis económica y debido a los compromisos fiscales adquiridos cuyo principal objetivo es la reducción del déficit, las administraciones públicas europeas con competencias en materia sanitaria han buscado fórmulas para contener el gasto sanitario en general y el gasto farmacéutico en particular. Portugal, Grecia, Irlanda e Italia han introducido modificaciones a los esquemas de contribución de los pacientes al gasto en medicamentos. España no es la excepción.

A partir de julio de 2012, y en virtud de lo establecido por el Real Decreto 16/2012⁶, España ha pasado de un sistema en el que se pagaba en función de la edad a otro en el que se hace en función de la renta⁷. Los pensionistas deberán pagar, por regla general, el 10% del valor (precio) del medicamento, aunque se establece una cantidad máxima de 8 euros al mes para los que tengan unos ingresos o rentas que los eximan de presentar declaración de la renta (22.000 euros) y un tope de 18 euros para los jubilados con rentas de hasta 100.000 euros. Si las rentas superan esta cantidad, pagarán el 20% hasta 60 euros. Los jubilados con pensiones no contributivas quedarán exentos de cualquier cantidad. La población activa pasará de pagar el 40% a un 50% ó un 60% si declara más de 100.000 euros de sueldo anual. Los enfermos crónicos seguirán aportando el 10% del precio de medicamentos como hasta ahora⁸. Los trabajadores activos con una renta baja, sin obligación de tributar en el IRPF, y las familias numerosas seguirán aportando el 40% del precio de los medicamento. Finalmente, los parados

⁶ 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 (BOE, 24 de abril de 2012)

⁷ Idea que siempre ha tenido detractores porque, entre otras razones, la capacidad de pago de los individuos no depende sólo de la renta declarada en el IRPF, y a igualdad de renta, estamos penalizando a quien más medicamentos necesita, es decir, a los que más enferman (Véase, para una discusión al respecto, y a modo de ejemplo, Lago, 2012). Además de no estar exenta de problemas la implantación de un copago en función de la renta, que requiere sin duda diseños adecuados y complejos (establecimiento de deducibles, límites financieros máximos, etc.). No obstante, y entre los argumentos a su favor, lo que sí parece claro es que cuando los copagos se aplican sin ninguna relación con el nivel de renta, ocasionan un efecto regresivo sobre la distribución de la renta y afectan negativamente al estado de salud de los individuos de menor renta (Puig, 2007a).

⁸ Aunque la cantidad máxima que un paciente crónico por los medicamentos pasa de 2.64 euros a 4.13 euros, es decir, con el nuevo sistema se produce un incremento del 56%.

pagarán como los activos, menos los que ya hayan agotado la prestación, que estarán exentos (Benito, 2009). En la Tabla 1, se recogen las principales características del sistema de financiación de las prestaciones farmacéuticas antes y después de la entrada en vigor del RD 16/2012.

Debido a la configuración política administrativa de España, y pese a la descentralización de las competencias de gasto en sanidad, este nuevo sistema de financiación del gasto farmacéutico fue concedido para ser aplicado en todas las CCAA (salvo que se invoque una interpretación diferente o un conflicto de competencias). Así, el RD 16/2102, que introduce el copago farmacéutico por renta, expresa que las administraciones públicas españolas deben adoptar las medidas necesarias para cumplir con lo previsto en él, antes del 30 de junio de 2012. De facto, hasta la fecha, con más o menos dificultades administrativas para su implantación, todas las CCAA lo han puesto en marcha⁹. Con la particularidad, además, de que en el caso de Cataluña, el copago en función de la renta, se une al copago de un euro por receta aprobado previamente por su gobierno autonómico¹⁰.

Entre los meses de julio y septiembre, el gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud se redujo un 23.4% respecto al mismo periodo del año anterior. Por CCAA, los mayores descensos se registraron en Castilla-La Mancha (29.7%), Asturias (28.3%), Comunidad Valenciana (28.2%), Murcia (27.4%) y La Rioja (27.2%). En cambio, País Vasco (9.5%), Andalucía (17.2%) y Galicia (18.1%) se apuntaron la menor variación.

3. COSTES COMPARTIDOS Y EQUIDAD FINANCIERA

En los países desarrollados, las Encuestas Nacionales de Salud revelan que los grupos de renta más baja, las mujeres y los pensionistas tienden a presentar un mayor riesgo de morbilidad. Este hecho eleva claramente la exposición a pérdidas financieras excesivas (catastróficas,

⁹ En el caso del País Vasco, a partir de septiembre de 2012.

¹⁰ Véase Coyle (2012), sobre la difícil implantación de dos copagos en Cataluña.

empobrecedoras y profundizadoras de la pobreza) de estos grupos de población. En este sentido, no es de extrañar que la financiación de los sistemas de salud, y la equidad o justicia en dicha financiación sea uno de los temas que más preocupe a los países cuando se replantean sus Sistemas de Salud¹¹.

Si nos centramos en la *equidad financiera*, es decir, en cómo se reparten las cargas financieras que conlleva un sistema de salud entre los hogares¹², encontramos una nutrida literatura al respecto, entre la que destacamos los trabajos de Kakwani *et al.* (1997), Wagstaff *et al.* (1989), Wagstaff y Van Doorsaler (1993 y 1998) y Aronson *et al.* (1994), que analizan en qué medida el sistema impositivo consigue distribuir la renta, o aplican el índice de Kakwani para medir la progresividad en varios países de la OCDE. También, para los países con menor nivel de desarrollo, encontramos algunos estudios como el de Frenk *et al.* (1994) y Hotchkiss *et al.* (1998), que demuestran que las familias, especialmente las más pobres, dedican una gran proporción de su presupuesto a los gastos de bolsillo en salud.

Respecto al *copago en atención médica*, Rodríguez (2007) realiza una completa revisión de la evidencia empírica sobre el impacto de los mismos en la utilización de los servicios sanitarios, el gasto, y la equidad (en el acceso y la financiación), para Estados Unidos y Europa. En relación a la distribución de la carga financiera del copago por niveles de renta, Wagstaff y Van Doorsaler (1993, 1998 y 1999), observan que los pagos efectuados directamente por los pacientes (visitas médicas, medicamentos, hospitalizaciones,...) eran regresivos en los 13 países analizados (incluida España); es decir, los pobres contribuían proporcionalmente más que los ricos. Además, esta regresividad era sensible al tratamiento fiscal que tuviesen estos pagos directos. Desde el punto de vista de los grupos de población que más utilizaban los servicios sanitarios –y por tanto más se veían afectados por los copagos-

¹¹ Para el caso de Europa, y en cuanto a las diferentes opciones de financiación de los servicios de salud, así como a sus consecuencias, ventajas e inconvenientes, véase el interesante estudio de Mossiales (2002).

¹² La equidad en la financiación requiere que los pagos que se realicen para financiar la sanidad se hagan según la capacidad de pago de cada individuo u hogar (en realidad que cada cual contribuya proporcionalmente a su renta, o más que proporcionalmente –financiación progresiva-).

claramente eran los ancianos, y después, las mujeres (como ejemplo destacan un estudio realizado en Bélgica en 2001 y otro en Austria) . Y esto, sin tener en cuenta que los niveles más bajos de renta dejan de utilizar los servicios por su incapacidad para afrontar el copago (se constata a través de diversos análisis, entre ellos tres realizados en Francia, Bélgica y Suecia, respectivamente).

En relación a los *costes compartidos en las prestaciones farmacéuticas*, una revisión de la literatura para EEUU y el Reino Unido sobre los efectos del copago en dichas prestaciones o servicios, la podemos encontrar en Huttin (1994); y más reciente para Reino Unido en Hitiris (2000)¹³. No obstante, a pesar de la existencia de diferentes sistemas de copagos en medicamentos en toda Europa –como hemos visto en el epígrafe anterior-, la evidencia disponible sobre el impacto de los mismos en la utilización de medicamentos, servicios sanitarios asociados o, en la salud de los individuos, se considera insuficiente. Y todavía más, en la equidad financiera (Puig, 2007b).

Retomando el objetivo de este trabajo, es decir, *analizar los efectos de los costes compartidos en medicamentos sobre la equidad financiera del sistema español de salud*, encontramos algunas evidencias empíricas que relacionan ambos aspectos, copago en medicamentos y equidad financiera, pero son escasas, y referidas a ámbitos geográficos distintos, y/o aplicadas a un contexto también diferente.

Así, Puig (2007b) examina el sistema de copago de medicamentos en España antes de la reforma que introduce el RD 16/2012, y señala que el copago existente puede estar concentrándose en un grupo reducido de individuos independientemente de su nivel de renta.

Knaul et al. (2003 y 2005) analizan cómo afecta a la equidad financiera la implantación del nuevo modelo de Protección Social en Salud de México. Implantación

¹³ También es interesante la recopilación de trabajos que realizan Casanovas, Ortún y Murillo (1999), relacionados con la incidencia del copago sobre fármacos importantes y discrecionales (mayor reducción del consumo de los discrecionales con la implantación del copago)

que conlleva una reducción en el gasto de bolsillo de los hogares, y que se traduce en una mejoría sustancial en la proporción de hogares con gastos catastróficos y en la equidad de la financiación del Sistema de Salud (con tan sólo una disminución del 5% en el gasto de bolsillo).

4. ANÁLISIS EMPÍRICO

4.1 Metodología

Una forma de aproximarse a los efectos de los costes compartidos sobre la equidad en la financiación de la sanidad lleva a centrarse habitualmente en la distribución del ingreso. En rigor, de la sanidad pública no se espera reordenación del ingreso. En cambio, sí hay consenso en torno a la necesidad de que esté inspirada por criterios de justicia financiera. En ese caso, interesa conocer cómo afectan los costes compartidos en las prestaciones farmacéuticas la situación financiera de los hogares. Nuestra hipótesis es que la contribución a la financiación de la sanidad a través de costes farmacéuticos compartidos no se distribuye equitativamente respecto a la capacidad de pago de los hogares al margen de su nivel socioeconómico. Así, pues, los hogares con menor capacidad de pago están expuestos a una mayor pérdida de bienestar como consecuencia de tener que incurrir en estos pagos directos.

En concreto, se cuantificó el impacto que tendría un incremento de los gastos directos en medicamentos sobre la equidad financiera del sistema español de sanidad y sobre el bienestar de los hogares. Se plantearon dos escenarios:

- 1) Escenario nº1: situación previa al R.D. 16/2012
- 2) Escenario nº2: situación a partir del R.D. 16/2012

En cada caso, se valoró la progresividad del sistema de costes compartido, empleando el indicador de la carga financiera, entendido como la contribución financiera de un hogar al sistema de salud. El propósito fue determinar la distribución de la carga financiera entre grupos debido a los pagos directos que se atribuyen a las prestaciones de farmacia. Para ello, se estimó el **indicador de la carga financiera**, que mide el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago:

$$CFGBF_i = \frac{\overline{GBF}_i}{\overline{IENS}_i}$$

donde, $CFGBF$ es la contribución financiera media de los gastos de bolsillo farmacéuticos por grupo; \overline{GBF}_i es el gasto de bolsillo farmacéutico medio del grupo i ésimo; mientras que \overline{IENS}_i es el ingreso efectivo de no subsistencia promedio de dicho grupo, a través del cual se mide su capacidad de pago. Este último, se aproxima a partir del ingreso disponible del hogar usando el gasto total de cada hogar menos su gasto en alimentación, como es habitual en este tipo de análisis. El indicador de la carga financiera permite evaluar si los grupos que tienen una menor capacidad de pago efectúan un desembolso extraordinario mayor, igual o menor que los grupos cuya capacidad de pago es más elevada.

El análisis se hace a nivel nacional y desagregado por comunidades y ciudades autónomas.

4.2 Datos

En el análisis estadístico, se usaron datos de sección cruzada procedentes de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), que ofrece estimaciones del gasto de consumo anual de diversos bienes y servicios para el conjunto nacional y para las comunidades autónomas. La EPF 2009 se utilizó para las estimaciones de ambos escenarios descartándose la EPF 2010 debido a los cambios en la tributación indirecta introducidos a mediados de ese ejercicio.

Para las estimaciones del segundo escenario utilizamos como referente del incremento del gasto en los hogares los Datos de Facturación de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud, los cuales están desagregados territorialmente. En concreto, trabajamos con las cifras de gasto en recetas médicas que se prescriben en el ámbito de la atención primaria y especializada a los usuarios del sistema sanitario público y se dispensan y facturan a través de las oficinas de farmacia del territorio nacional.

A efectos de este trabajo, asumimos que el ahorro registrado por el SNS en los meses de julio, agosto y septiembre (24%) se produce no por un cambio a nivel de precios sino porque los hogares asumen una carga financiera extraordinaria. Otro supuesto (a falta de datos más desagregados) fue que todos los hogares de una misma CCAA registraron un incremento del gasto de bolsillo farmacéutico de la misma magnitud. Dicho incremento fue equivalente al ahorro interanual medio de la Administración Pública en los meses de julio, agosto y septiembre en cada CCAA por concepto de facturación de recetas médicas.

5. RESULTADOS

Los resultados de este análisis muestran que tanto la distribución de la carga sobre la renta (o carga económica) como la distribución de la carga sobre la capacidad de pago de los hogares (o carga financiera) no son progresivas, ni antes ni después de que entrara en funcionamiento el R.D. 16/2012. Antes de introducirse el nuevo sistema de financiación de las prestaciones farmacéuticas, el 20% más rico destinaba una proporción de su ingreso efectivo de no subsistencia a compra de medicamentos muy por debajo de la media e idéntica a la proporción observada en el 20% más pobre (0.67%) (Tabla 2). Con el nuevo sistema, la carga del Quintil 5(0.69%) está incluso por debajo de la cargas del Quintil 1 (0.70%). Si se mide la carga sobre la renta total del hogar, el 20% más rico asume una carga que es más baja que la asumida por los quintiles 2, 3 y 4, aunque mayor que la del Quintil 1.

Otro resultado interesante que se desprende de la Tabla 2 tiene que ver con las variables usadas para medir la carga: renta total del hogar y renta de no subsistencia (renta total menos gasto en alimentación). En efecto, es posible observar que al usar la renta total como variable de referencia se subestima la carga en todos los grupos. Cuando usamos la renta de no subsistencia, el esfuerzo o sacrificio se incrementa en todos los casos, como cabía esperar, y además, vemos que el incremento de la pérdida de bienestar asociada al sacrificio se distribuye regresivamente y es muy superior en los grupos situados al principio de la distribución.

Para el conjunto de España, la carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad financiera o de pago de los hogares pasa del 0.67% al 0.82%.

Por autonomías, antes de la entrada en vigor del R.D. 16/2012, la mayor presión sobre la capacidad de pago se registraba en Ceuta y Melilla (1.08%), Canarias (0.93%), Extremadura y Baleares (0.78%). Valencia (0.72%) y Andalucía (0.7%) también estaban por encima de la media nacional. Las comunidades con la menor presión sobre la capacidad financiera de los hogares eran el País Vasco (0.47%) y Navarra (0.53%) (Tabla 3). Una vez que entra en vigor el nuevo sistema, este panorama no cambia demasiado. Por supuesto, la carga financiera se incrementa en todas las comunidades, alcanzándose una carga media para el conjunto de España del 0.88%. Las comunidades con la mayor carga sobre la capacidad financiera de los hogares siguen siendo las mismas que antes de la reforma. El País Vasco se mantiene como la comunidad con la menor presión sobre la capacidad de pago (0.52%), no así Navarra (0.68%) que, pese a ello, sigue estando por debajo de la media nacional.

Al analizar la carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad de pago de los hogares por grupo de renta y CCAA, observamos que la distribución de las cargas no es progresiva en ninguna autonomía ni antes ni después de introducirse el nuevo sistema de financiación de las prestaciones de farmacia. La Tabla 4 recoge los resultados para un escenario previo al R.D. 16/2012. En 7 autonomías, la menor carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad financiera de los hogares recae sobre el 20% más rico y en ninguna de ellas este grupo asume la mayor

carga sobre la capacidad de pago. En 8 comunidades, es el Quintil 3 el que asume la mayor carga financiera, la cual varía del 0.82% (Andalucía) al 1.22% (Canarias). En la Comunidad de Madrid, es el 20% más pobre el que asume la mayor carga sobre la capacidad de pago (0.82%). En general, se puede decir que la distribución es progresiva hasta el Quintil 3 y a partir de ahí se vuelve regresiva. La progresividad se extiende hasta el Quintil 4 en Aragón, Baleares, Navarra y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En el País Vasco, la tendencia es hacia la proporcionalidad, salvo por el hecho de que el Quintil 2 registra la mayor carga financiera del gasto en medicamentos.

Los resultados para un escenario posterior al R.D. 16/2012 son los que muestra la Tabla 5. La situación de progresividad no muestra grandes cambios respecto del escenario 1, es decir, se mantiene en general hasta la mitad de la distribución (Q₃). Por supuesto, en todos los grupos la carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad de pago de los hogares es mayor. El Quintil 3 el que asume la mayor carga financiera en 8 CCAA, encabezadas por Canarias (1.5%) y Ceuta y Melilla (1.34%). En la Comunidad de Madrid, el 20% más pobre sigue asumiendo la mayor carga sobre la capacidad de pago (1.1%). La menor carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad financiera de los hogares recae sobre el 20% más rico en Extremadura (0.59%), Castilla y León (0.55%), País Vasco (0.48%), La Rioja (0.44%) y Castilla-La Mancha (0.43%). Asimismo, la tendencia hacia la proporcionalidad que se observaba en el País Vasco antes de introducirse el nuevo sistema de financiación de las prestaciones farmacéuticas se deteriora.

6. DISCUSIÓN

Este trabajo analiza los efectos de los costes compartidos en medicamentos sobre la equidad financiera del sistema español de salud, atendiendo al reparto de las cargas financieras entre los hogares, en las distintas comunidades autónomas.

Se analiza la progresividad del gasto de bolsillo farmacéutico a través del indicador de la carga financiera atribuido a estos desembolsos extraordinarios, que mide el gasto en

prestaciones farmacéuticas como proporción de la capacidad de pago. Esto permite profundizar en el impacto que el gasto de bolsillo farmacéutico tiene en el bienestar de las familias, entendido en términos de su situación financiera o carga del gasto de bolsillo en relación al ingreso efectivo de no subsistencia.

6.1 Principales conclusiones

Los resultados confirman que la contribución a la financiación de la sanidad a través de costes farmacéuticos compartidos no se distribuye equitativamente respecto a la capacidad de pago de los hogares en ninguna CCAA. Esto ocurre antes y después de ponerse en marcha el nuevo sistema de financiación del gasto farmacéutico. Así, en ambos escenarios, los hogares con menor capacidad de pago quedan expuestos a una mayor pérdida de bienestar como consecuencia de tener que incurrir en estos pagos directos, que en muchos casos responden a situaciones de demanda inducida.

Una vez que entre en vigor el R.D. 16/2012 la distribución de las cargas financieras ni mejora ni empeora, con la única excepción del País Vasco, donde sí se constata cierto deterioro pese a que es la CCAA que más retrasó la puesta en marcha del nuevo sistema. Por supuesto, hay una mayor pérdida de bienestar en el segundo escenario, ya que, en todos los casos, se produce un aumento de la ratio gasto farmacéutico/renta de no subsistencia.

Un aspecto muy llamativo es que ambos escenarios son especialmente benevolentes con la situación financiera del 20% más rico. Esta es una cuestión que habría que tener en cuenta de cara a introducir mecanismos de modulación de la pérdida de bienestar asociada a la compra de medicamentos.

Otra conclusión que se desprende este trabajo es que al analizar la equidad financiera de los sistemas de salud es necesario valorar la contribución a través del gasto de bolsillo en relación a la capacidad de pago de los hogares y no sólo respecto a su nivel de renta.

Igualmente, que es necesario emplear indicadores que permitan ir más allá de una evaluación global de la progresividad del gasto de bolsillo, que no dicen demasiado sobre la pérdida de bienestar en los hogares.

Finalmente, y a modo de síntesis, se puede decir que el sistema de costes compartidos en prestaciones farmacéuticas no se ajusta al criterio de justicia financiera que recomienda la Organización Mundial de la Salud. En ninguna de las autonomías. Se ha podido constatar una distribución desigual de las cargas para financiar la compra de medicamentos, lo que eleva el riesgo de que los hogares incurran en pérdidas económicamente catastróficas por el hecho de tener que sufragar total o parcialmente los costes de los medicamentos.

6.2 Limitaciones y contribuciones de la investigación

Algunos aspectos de este trabajo pueden ser objeto de observación. La primera de ellas, tiene que ver con el hecho de imputar a todos los hogares de un mismo territorio el mismo incremento relativo del gasto farmacéutico. Es decir, el nuevo sistema de financiación del gasto farmacéutico estaría operando como un impuesto proporcional dentro de las CCAA y esto no tiene por qué ser así. Los dos sistemas que aquí se evalúan incluyen mecanismos de modulación de la pérdida de bienestar de los hogares, que se basan en la edad y/o en la renta. Para tenerlos en cuenta habría sido necesario conocer el tipo de medicamentos que demandaba cada unidad familiar, la frecuencia de la demanda y las cantidades, información que no proporciona la EPF. Sí lo hace la Encuesta Nacional de Salud, pero ésta carece de datos sobre ingresos y gastos de los hogares.

La decisión de considerar que la variación del gasto de facturación de recetas médicas se debe sólo a que las familias asumen una mayor carga en la financiación de los medicamentos también conlleva limitaciones. Parte de ese ahorro podría deberse a variaciones en los precios de los medicamentos o a una utilización más eficiente de los recursos disponibles (p.e. que se

haya incrementado la demanda de medicamentos genéricos). Dado que el R.D. 16/2012 entró en vigor hace pocos meses, creemos que es posible asumir que el ahorro de las administraciones públicas en ese periodo de tiempo se debe esencialmente a que los hogares asumen una mayor carga contribuyente en la financiación de los medicamentos.

En tercer lugar, el análisis empírico de este trabajo sólo se ocupa de las diferencias a nivel autonómico y por grupos de renta. Sería muy deseable efectuar comparaciones teniendo en cuenta criterios como el tipo de hogar, nivel de formación del sustentador principal, nacionalidad, tipo y situación de empleo, entre otros.

Otra posible limitación es que este trabajo se centra únicamente en los efectos sobre la equidad financiera que se atribuyen al nuevo sistema de financiación del gasto farmacéutico, lo que en rigor no incluye el conjunto del gasto de bolsillo farmacéutico. Hay una serie de medicamentos que no se dispensan con receta cuyo coste debe asumir íntegramente el usuario.

Al margen de las limitaciones reseñadas, este trabajo hace contribuciones que merece la pena destacar. En primer término, hace una primera aproximación empírica a los efectos sobre la equidad financiera del sistema de costes compartidos antes y después de la entrada en vigor del R.D. 16/2012. La equidad financiera es un aspecto tan relevante como la equidad en el acceso a la sanidad y la equidad en la utilización de los servicios sanitarios, pero ha recibido menos atención desde el punto de vista del análisis empírico. Una explicación es que el desarrollo de sistemas que aseguran el acceso universal a la sanidad haya llevado a centrarse en las barreras que limitaban el acceso a las garantías del sistema. Pero, en las circunstancias actuales, la equidad financiera debe ser una prioridad. Un riesgo evidente es que los sistemas de provisión pública de sanidad ya no sean capaces de garantizar una distribución equitativa de las cargas financieras y evitar o atenuar la exposición a pérdidas económicamente catastróficas.

Otro elemento que da valor añadido a la investigación el análisis desagrega por CCAA. A efectos de formulación de política pública la desagregación por territorios ofrece siempre una

ventaja, tanto si el objetivo es reformular el sistema de financiación del gasto farmacéutico como si se busca introducir mecanismos moduladores de la pérdida de bienestar.

6.3 Posibles derivaciones de la investigación

Es necesario seguir profundizando en el análisis de los efectos sobre la equidad financiera de los sistemas de costes compartidos en prestaciones sanitarias. Por ejemplo, sería de gran utilidad el análisis empírico de la exposición de los hogares a pérdidas catastróficas, empobrecedoras y profundizadoras de la pobreza, cuantificando el porcentaje de hogares que incurre en gastos excesivos por la necesidad de tener que afrontar los costes de la atención sanitaria, en general, y la compra de medicamentos en particular. Una posibilidad es aplicar medidas de pobreza relativa, pero también se hace necesario disponer de umbrales para los gastos considerados catastróficos. La literatura sobre equidad financiera en el ámbito de la sanidad ha hecho propuestas para el conjunto del gasto sanitario (Murray et al. 2000; Xu, 2005), pero valorar la magnitud del gasto de bolsillo farmacéutico empleando esos umbrales (p.e. el 30% y 40% del ingreso efectivo de no subsistencia) puede llevar a infravalorar el alcance real de dicho gasto sobre la situación financiera de los individuos o los hogares. Así, pues, es necesario disponer de umbrales específicos.

Por otro lado, es fundamental conocer los determinantes del gasto sanitario en general y del gasto farmacéutico en particular en España. No se puede hacer un análisis preciso de la exposición a gastos excesivos sin conocer los factores que inciden en la demanda de este tipo de bienes. Al margen de ello, y sea cual sea el mecanismo de financiación vigente, su diseño no puede pasar por alto las características de los hogares que les impulsan a demandar bienes y servicios sanitarios. Las encuestas de presupuestos familiares, que en el caso de España tienen frecuencia anual, permitirían conocer algunos determinantes socioeconómicos y algunas características del hogar que explican la demanda de atención sanitaria y medicamentos. Sin embargo, dadas las características de la población en los países industrializados y la creciente

prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles los factores epidemiológicos también deberían ser objeto de especial interés.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue financiado por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (CICYT), a través del proyecto de investigación ECO 210-21668-C03-01.

REFERENCIAS

Aronson R, Johnson P, Lambert P. (1994) Redistributive effect and unequal income tax treatment. *Economic Journal*, 104: 262-70.

Benito de E. (2012) Sanidad sube el copago para bajar el consumo de fármacos. *El País*, 19 de abril de 2012

Coyle A. (2012) La difícil implantación de dos copagos en Cataluña. *El País*, 19 de junio de 2012.

Datos de Facturación de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2012.

Encuesta de Presupuestos Familiares 2009. Instituto Nacional de Estadísticas.

Frenk J, Lozano R, González, M et al. (1994) *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México: FUNSALUD.

González López-Valcárcel B. (2006) ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J, editor. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona, Fundación Rafael Campalans: 101-21.

Hitiris T. (2000) Prescription charges in the United Kingdom: A critical review. *Discussion Papers in Economics 00/04*. Universidad de York: Departamento de Economía.

- Hotchkiss D, Rous J, Karmacharya, K et al. P. (1998) Household health expenditures in Nepal: Implications for health care financing reform. *Health Policy and Planning* 13(4): 371-83.
- Huttin C. (1994) The use of prescription charges. *Health Policy*, 27(1):53-73
- Kakwani N, Wagstaff A, Van Doorslaer E. (1997) Socioeconomic inequality in health: measurement, computation and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77(1): 87-104.
- Knaul F *et al.* (2003): El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaul F, Nigenda, G (Eds). *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Martínez A. (2005) Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Pública de México*, 1(2005): 54-65
- Lago S. (2012) Los peligros del copago en función de la renta. *El País*, 9 de abril de 2012.
- López Casasnovas G, Ortún V y Murillo C. (1999) *El sistema sanitario español: Informe de una década*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Manning W y Marquis M. (1996) Health Insurance: Tradeoff between Risk Pooling and Moral Hazard. *Journal of Health Economics*, 15(5): 609-639.
- Mas N, Cirera L, Viñolas G. (2012) Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español. Documento de Investigación, DI-939, 2/2012, IESE Business School, Universidad de Navarra.
- Mossialos E et al. (2002) *Funding health care: Options for Europe*, Open University Press European Observatory on Health Care Systems.
- Murray C, Knaul F, Xu K, *et al.* (2000) *Defining and measuring fairness of financial contribution*. GPE Discussion Paper No. 24. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Newhouse J. (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance*. Cambridge: Harvard University Press.
- OECD (2011) *OECD Health Data: Health Expenditure and Financing*. OECD Health Statistics 2011.

OMS (2010) *Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Puig-Junoy J. (2001) Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué. *Hacienda Pública Española*, 158(3).

Puig-Junoy J. (2007a) ¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del Sistema Nacional de Salud? En: Puig-Junoy J. (ed.) *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona, Fundación Rafael Campalans: 11-38.

Puig-Junoy J. (2007b) La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J. (ed.) *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona, Fundación Rafael Campalans: 123-160.

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 (BOE, 24 de abril de 2012).

Repullo Labrador J. (2009) Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. *Actualización en Medicina de Familia* 5(11): 625-632.

Rice T y Morrison K. (1994) Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform. *Medical Care Review*, 51(3): 235-287.

Rodríguez M. (2007) Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. En: Puig-Junoy J. (ed.) *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona, Fundación Rafael Campalans: 79-100

Solanas Saura P *et al.* (2010) *Copago. Conclusiones desde la evidencia científica*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia.

Wagstaff A y Van Doorslaer E. (1993) Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective. En: Wagstaff A, Van Doorslaer E. y Rutten F. (eds.) *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*. Oxford: Oxford Medical Publications

Wagstaff A y Van Doorslaer E. (1998) Equity in the finance and delivery of health care: An introduction to the EQUITY project. En: Barer ML, Getzen, TE y Stoddart GL. (eds.) *Health, health care and health economics: Perspectives on distribution*. Londres: John Wiley&Sons, pp. 179-207.

Wagstaff A y Van Doorslaer E. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18 (3): 263-290.

Wagstaff A, Van Doorslaer E y Paci, P. (1989) Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons, *Oxford Review of Economic Policy*, 5(2): 89-112.

Xu K (2005) *Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditure: A Methodology*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

TABLAS

Tabla 1 El copago farmacéutico en España por grupos de población

	Contribuciones de los usuarios antes de la entrada en vigor del RD 16/2012	Contribuciones de los usuarios desde la entrada en vigor del RD 16/2012
PENSIONISTAS	<p>Si no se desempeñaron en la función pública: 0%</p> <p>Si se desempeñaron en la función pública: 30%</p>	<p>Pensiones no contributivas o mínimas: 0%.</p> <p>Hasta el límite para declarar (22.000 euros): el 10%, con un máximo mensual de 8 euros.</p> <p>Hasta 100.000 euros: el 10%, con un máximo mensual de 18 euros.</p> <p>A partir de 100.000 euros: el 20%, con un máximo mensual de 60 euros.</p>
ACTIVOS	<p>Funcionarios: 30%</p> <p>No funcionarios: 40%</p> <p>Pacientes crónicos: 10%</p>	<p>Hasta el límite para declarar: el 40%.</p> <p>Hasta 100.000 euros: el 50%.</p> <p>A partir de 100.000 euros: el 60%.</p>
PARADOS	(sin referencia)	<p>Sin prestación: no pagan.</p> <p>El resto: como los activos.</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 2 Distribución de la carga del gasto directo farmacéutico a nivel nacional

Quintil	Gasto farmacéutico	Carga sobre la capacidad de pago	Carga sobre la capacidad económica	Δ pérdida de bienestar
<i>Escenario previo al R.D. 16/2012</i>				
Q_1	59.06 €	0.57%	0.44%	29.55%
Q_2	113.94 €	0.69%	0.56%	23.21%
Q_3	168.26 €	0.77%	0.64%	20.31%
Q_4	213.60 €	0.76%	0.65%	16.92%
Q_5	266.52 €	0.57%	0.51%	11.76%
<i>TOTAL</i>	<i>164.28 €</i>	<i>0.67%</i>	<i>0.56%</i>	<i>19.64%</i>
<i>Escenario posterior al R.D. 16/2012</i>				
Q_1	73.64 €	0.70%	0.55%	27.27%
Q_2	146.43 €	0.85%	0.69%	23.19%
Q_3	215.28 €	0.95%	0.79%	20.25%
Q_4	285.33 €	0.94%	0.81%	16.05%
Q_5	348.21 €	0.69%	0.63%	9.52%
<i>TOTAL</i>	<i>213.32 €</i>	<i>0.82%</i>	<i>0.69%</i>	<i>18.84%</i>

Fuente: elaboración a partir de estimaciones propias

Tabla 3 Carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad de pago y económica de los hogares por CCAA

CCAA	ESCENARIO PREVIO AL R.D. 16/2012				ESCENARIO POSTERIOR AL R.D. 16/2012			
	Gasto farmacéutico	Carga financiera	Carga económica	Δ pérdida de bienestar	Gasto farmacéutico	Carga financiera	Carga económica	Δ pérdida de bienestar
Andalucía	181.89	0.70	0.58	20.7%	213.35	0.82	0.68	20.7%
Aragón	156.57	0.59	0.49	20.4%	195.15	0.73	0.61	19.7%
Asturias	128.89	0.57	0.48	18.8%	165.31	0.74	0.61	21.3%
Baleares	203.51	0.78	0.66	18.2%	249.21	0.95	0.81	17.3%
Canarias	235.82	0.93	0.77	20.8%	290.57	1.15	0.95	21.1%
Cantabria	136.53	0.50	0.42	19.0%	170.73	0.62	0.53	17.0%
Castilla y León	140.07	0.59	0.50	18.0%	181.64	0.77	0.64	20.3%
Castilla-La Mancha	137.83	0.59	0.49	20.4%	171.10	0.73	0.60	21.7%
Cataluña	169.22	0.65	0.55	18.2%	212.39	0.82	0.69	18.8%
Valencia	183.17	0.72	0.61	18.0%	226.11	0.89	0.75	18.7%
Extremadura	194.52	0.78	0.65	20.0%	229.64	0.92	0.77	19.5%
Galicia	174.10	0.67	0.55	21.8%	219.43	0.85	0.69	23.2%
Madrid	174.34	0.66	0.57	15.8%	222.04	0.85	0.72	18.1%
Murcia	177.50	0.67	0.56	19.6%	220.75	0.82	0.70	17.1%
Navarra	146.36	0.53	0.45	17.8%	187.66	0.68	0.57	19.3%
País Vasco	116.30	0.47	0.40	17.5%	127.33	0.52	0.44	18.2%
Rioja	136.08	0.57	0.48	18.8%	173.10	0.73	0.61	19.7%
Ceuta y Melilla	312.35	1.08	0.88	22.7%	384.38	1.33	1.08	23.1%
TOTAL	164.28	0.67	0.56	19.4%	213.32	0.88	0.69	19.8%

Fuente: elaboración propia

Tabla 4 Carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad de pago de los hogares por grupos de renta y CCAA: escenario previo al R.D. 16/2012

CCAA	Q_1	Q_2	Q_3	Q_4	Q_5	TOTAL CCAA
Andalucía	0.57	0.75	0.82	0.80	0.56	0.70
Aragón	0.39	0.51	0.58	0.86	0.59	0.59
Asturias	0.66	0.56	0.90	0.44	0.31	0.57
Baleares	0.54	0.87	0.64	1.14	0.70	0.78
Canarias	0.74	0.87	1.22	1.07	0.76	0.93
Cantabria	0.33	0.52	0.60	0.54	0.50	0.50
Castilla y León	0.59	0.58	0.79	0.59	0.43	0.59
Castilla-La Mancha	0.67	0.75	0.60	0.56	0.35	0.59
Cataluña	0.54	0.77	0.61	0.72	0.61	0.65
Valencia	0.67	0.69	0.88	0.69	0.68	0.72
Extremadura	0.83	0.92	0.91	0.68	0.58	0.78
Galicia	0.39	0.84	0.69	0.84	0.60	0.67
Madrid	0.82	0.48	0.71	0.76	0.55	0.66
Murcia	0.54	0.72	0.88	0.57	0.64	0.67
Navarra	0.32	0.55	0.51	0.75	0.54	0.53
País Vasco	0.45	0.55	0.47	0.44	0.44	0.47
Rioja	0.47	0.49	0.91	0.66	0.34	0.57
Ceuta y Melilla	0.71	1.00	1.09	1.61	1.01	1.08
<i>TOTAL</i>	<i>0.57</i>	<i>0.69</i>	<i>0.77</i>	<i>0.76</i>	<i>0.57</i>	<i>0.67</i>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5 Carga del gasto farmacéutico sobre la capacidad de pago de los hogares por grupos de renta y CCAA: escenario posterior al R.D. 16/2012

CCAA	Q_1	Q_2	Q_3	Q_4	Q_5	TOTAL CCAA
Andalucía	0.67	0.88	0.96	0.94	0.65	0.82
Aragón	0.48	0.64	0.73	1.07	0.74	0.73
Asturias	0.84	0.72	1.15	0.57	0.39	0.74
Baleares	0.66	1.07	0.78	1.40	0.85	0.95
Canarias	0.92	1.08	1.50	1.32	0.93	1.15
Cantabria	0.41	0.65	0.75	0.68	0.63	0.62
Castilla y León	0.77	0.75	1.02	0.76	0.55	0.77
Castilla-La Mancha	0.83	0.93	0.75	0.69	0.43	0.73
Cataluña	0.68	0.96	0.77	0.91	0.77	0.82
Valencia	0.82	0.86	1.08	0.85	0.83	0.89
Extremadura	0.97	1.09	1.07	0.81	0.59	0.70
Galicia	0.49	1.05	0.87	1.06	0.76	0.85
Madrid	1.05	0.61	0.91	0.96	0.70	0.85
Murcia	0.68	0.89	1.10	0.71	0.79	0.83
Navarra	0.41	0.70	0.65	0.96	0.69	0.68
País Vasco	0.49	0.60	0.52	0.49	0.48	0.52
Rioja	0.60	0.63	1.15	0.83	0.44	0.73
Ceuta y Melilla	0.87	1.23	1.34	1.99	1.24	1.33
<i>TOTAL</i>	<i>0.70</i>	<i>0.85</i>	<i>0.95</i>	<i>0.94</i>	<i>0.69</i>	<i>0.82</i>

Fuente: elaboración propia.

ANEXO

Tabla 6 Gasto farmacéutico por grupos de renta y CCAA

	ESCENARIO PREVIO AL R.D. 16/2012						ESCENARIO POSTERIOR AL R.D. 16/2012					
	Q_1	Q_2	Q_3	Q_4	Q_5	TOTAL	Q_1	Q_2	Q_3	Q_4	Q_5	TOTAL
Andalucía	59.26	131.30	186.60	248.28	283.99	181.89	69.50	154.01	218.87	291.23	333.11	213.35
Aragón	38.06	84.75	126.66	254.24	279.17	156.57	47.43	105.63	157.86	316.87	347.95	195.15
Asturias	66.41	89.84	198.15	130.72	159.31	128.89	85.19	115.23	254.15	167.66	204.33	165.31
Baleares	59.29	151.57	145.1	331.22	330.35	203.51	72.61	185.61	177.69	405.61	404.54	249.21
Canarias	78.20	149.62	272.87	318.79	359.63	235.82	96.36	184.35	336.22	392.80	443.13	290.57
Cantabria	36.04	91.04	138.90	170.78	245.90	136.53	45.07	113.84	173.69	213.55	307.49	170.73
Castilla y León	56.15	93.21	171.43	181.45	198.09	140.07	72.82	120.87	222.30	235.30	256.88	181.64
Castilla-La Mancha	69.04	128.55	141.09	173.56	176.90	137.83	85.70	159.57	175.14	215.45	219.60	171.10
Cataluña	61.12	124.87	133.95	216.12	310.03	169.22	76.72	156.72	168.12	271.25	389.13	212.39
Valencia	69.63	118.14	196.94	202.03	329.09	183.17	85.96	145.83	243.12	249.40	406.25	226.11
Extremadura	79.62	159.26	215.54	206.07	312.13	194.52	94.00	188.01	254.46	243.28	368.49	229.64
Galicia	36.92	138.95	151.36	250.23	293.06	174.10	46.53	175.12	190.76	315.37	369.35	219.43
Madrid	99.86	82.41	169.21	229.33	290.90	174.34	127.18	104.96	215.51	292.08	370.49	222.04
Murcia	58.25	123.53	203.20	178.69	323.82	177.50	72.44	153.63	252.71	222.23	402.72	220.75
Navarra	35.15	90.83	113.04	223.41	269.40	146.36	45.01	116.46	144.93	286.44	345.41	187.66
País Vasco	50.97	92.44	102.91	126.41	208.77	116.30	55.81	101.21	112.67	138.39	228.56	127.33
Rioja	50.02	86.75	193.46	189.88	160.31	136.08	63.63	110.35	246.08	241.52	203.91	173.10
Ceuta y Melilla	67.99	165.33	268.77	518.08	541.60	312.35	83.67	203.45	330.75	637.55	666.50	384.38
TOTAL	<i>59.06</i>	<i>113.94</i>	<i>168.26</i>	<i>213.60</i>	<i>266.52</i>	<i>164.28</i>	<i>73.64</i>	<i>146.43</i>	<i>215.28</i>	<i>285.33</i>	<i>348.21</i>	<i>213.32</i>

Fuente: elaboración propia