
DESIGUALDADES EN EL SISTEMA SANITARIO

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL
ROSA M. URBANOS GARRIDO

1. INTRODUCCIÓN

La intervención del sector público en la economía tiene como uno de sus objetivos básicos el logro de la redistribución de la renta y la riqueza. La función redistributiva subyace tanto al diseño del sistema tributario como al de las políticas de gasto, aunque de manera progresiva el peso de la redistribución se ha ido desplazando del primero a las segundas. Nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) contribuye de manera muy importante a moderar la desigualdad en la distribución primaria de la renta, como consecuencia de la universalidad de su cobertura, la generosa cartera de servicios financiada públicamente, y la extensa red de centros diseminada por el territorio nacional. En el *ranking* de la capacidad para redistribuir, el gasto sanitario público ocupa el segundo lugar, solo por detrás de las pensiones (VERBIST *et al.*, 2012). En términos comparativos con los países de nuestro entorno la foto también favorece a la sanidad pública española, pues su impacto redistributivo es ligeramente superior al de la media OCDE. Además, el índice de justicia social de la Unión Europea sitúa a España en el puesto 12 de los 28 Estados miembro en términos de justicia en salud, muy por delante del puesto 24 que ocupa en el conjunto de políticas consideradas (SCHRAAD-TISCHLER *et al.*, 2018).

También existe evidencia de que el sistema sanitario ha contribuido a reducir las desigualdades en salud desde una perspectiva intergeneracional. El trabajo de PINILLA, LÓPEZ-VALCÁRCEL y URBANOS-GARRIDO (2017) investiga el efecto del estatus socioeconómico de los padres sobre la salud de la población adulta en España, para sucesivas cohortes desde las de la pre-guerra civil hasta las nacidas en la democracia, y constata que la ocupación de los padres, sobre todo la del padre, tiene un impacto directo significativo sobre la salud de los hijos, e impactos indirectos por la vía de la transmisión intergeneracional de determinantes sociales de la salud como la educación. Aunque la discriminación contra los trabajadores no cualificados todavía persiste en las cohortes más recientes, el trabajo citado muestra cómo las desigualdades en salud asociadas al estatus socioeconómico de los padres se han reducido notablemente a lo largo del tiempo. La transmisión intergeneracional de ocupación y educación ha sido, en cambio, más intensa y persistente que la de la salud.

A pesar de las buenas noticias, existen riesgos y desafíos a los que deberemos hacer frente en los próximos años. En este texto nos centraremos en identificarlos,

diferenciándolos según su origen. En el apartado final propondremos algunas ideas básicas para orientar las políticas de manera que minimicen o desactiven esos riesgos en la medida de lo posible.

2. LA TECNOLOGÍA COMO AMENAZA

Las innovaciones tecnológicas introducen una fuente potencial de desigualdades en el sistema sanitario. Uno de los debates más recurrentes hoy día se centra en el impacto —económico y en términos de equidad— de los nuevos tratamientos contra el cáncer. Los medicamentos oncológicos de muy alto coste, particularmente los de terapias avanzadas (CAR-T y otros) podrían crear problemas de desigualdades de acceso por nivel económico (además de desigualdades territoriales), en tanto la cobertura pública está sometida a las lógicas restricciones presupuestarias, y solo los sistemas muy solventes financieramente serán capaces de afrontar el coste de estos tratamientos (y de los que están por llegar).

Los desarrollos científicos (y las amenazas en términos de desigualdad) afectan también al ámbito de la prevención de enfermedades. Los avances en las técnicas de reproducción asistida, particularmente en el diagnóstico y selección de los embriones para evitar enfermedades de origen genético o alteraciones cromosómicas (PGD y PGS, respectivamente), hacen pensar en escenarios en los que la prevención sea significativamente más accesible para quienes cuenten con más recursos económicos. En España, la reproducción asistida se incluye, con restricciones, en la cartera de servicios del SNS, pero el 82% de los centros que la ofertan son privados, y la mayor parte de la actividad se financia y se presta privadamente (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FECUNDACIÓN, 2016). En 2016, nacieron en España 32.716 niños por reproducción asistida, el 8% del total de nacimientos. Aunque no hay información por nivel socioeconómico de la madre y tipo de centro/financiación, en España, como en otros países, es un servicio de mayor frecuencia de uso por las mujeres de posición socioeconómica acomodada. En el Reino Unido se estima que el sistema público financia únicamente la mitad de los tratamientos recibidos por mujeres con derecho a cobertura (NICE, 2016).

A este presente hay que añadir el futuro con el que los sistemas de salud probablemente habrán de lidiar. Baste recordar que hace apenas unos meses (en noviembre de 2018) se anunció el nacimiento de dos bebés que habían sido modificados genéticamente, a través de una técnica de uso ilegal en humanos, para evitar la transmisión del virus del SIDA. El anuncio, que conmocionó a la comunidad científica, acrecentó los temores a un mundo distópico en el que las mejoras de salud (entre otras posibles) estén únicamente al alcance de unos pocos.

Pero no son solo las tecnologías “duras” las que tienen capacidad para marcar diferencias de acceso. También algunas innovaciones organizativas que mejoran la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes presentan diferencias de acceso en la práctica entre ricos y pobres, entre quienes tienen estudios superiores y el resto

de la población. Esto ocurre, por ejemplo, con el fallecimiento en el hogar (lugar preferido por dos de cada tres españoles), que es significativamente más prevalente en España entre los fallecidos por cáncer con educación superior (LÓPEZ-VALCÁRCCEL, PINILLA y BARBER, 2018).

3. DOS VELOCIDADES: ASEGURAMIENTO PRIVADO Y TIEMPOS DE ACCESO

Según el Barómetro Sanitario 2018, el 78% de las personas con doble cobertura declaró que la razón principal para contratar un seguro privado era el tiempo de espera. Las desigualdades en acceso por largos tiempos y listas de espera también van en contra de los que no pueden huir del sistema público para buscar asistencia rápida en la red privada, con cargo al bolsillo o a pólizas de seguro voluntario. Los datos a este respecto son claros: la probabilidad de contar con aseguramiento privado aumenta con el nivel de renta. Según el barómetro sanitario de Cataluña, en 2017 el 54% de los hogares que cobran 3.000 € mensuales o más tenía contratado un seguro voluntario de salud pagado individualmente. En el barrio de mayor renta de la ciudad de Barcelona, Sarriá-Sant Gervasi, el 72% de la población contaba con seguro voluntario.

Con la crisis económica, que aumentó de forma notable las listas de espera, la afiliación a seguros privados aumentó en España (y en otros muchos países). La compra de un seguro privado podría interpretarse como un fenómeno que refuerza la equidad, ya que los ricos con doble aseguramiento optarían por el sector privado (dejando los recursos públicos a disposición de los pobres), mientras que simultáneamente contribuirían más a subsidiar los servicios públicos a través de los impuestos sobre la renta (BESLEY y COATE, 1991).

Un trabajo reciente muestra que, en España, las personas con doble cobertura de seguro, pese a que presentan un mayor número de consultas de atención primaria y de consultas especializadas que la población general, utilizan menos los servicios públicos (CANTARERO-PRIETO, PASCUAL-SÁEZ y GONZALEZ-PRIETO, 2017). La salida (*opt-out*) hacia seguros privados sustitutivos, en una primera fase, puede suponer un alivio y redistribución de recursos a favor de los más desfavorecidos, pero la huida de las clases medias del aseguramiento público hacia el privado implica un riesgo de sostenibilidad social del SNS, y también el riesgo a la reversión o retroceso hacia un sistema sanitario dual. Un modelo de estas características proporcionaría un primer nivel de atención público para los pobres y también público para los riesgos catastróficos, pero con una gran zona intermedia de servicios sanitarios masivamente provistos por el sector privado con financiación privada. Es lo que llamamos riesgo de “latinoamericanización” de la sanidad. Es importante que no olvidemos que la principal fortaleza de los servicios públicos reside en que la gran mayoría de los ciudadanos (y particularmente las clases medias) depositen en ellos su confianza y tengan por tanto interés en que ofrezcan elevados niveles de calidad.

4. DESIGUALDADES TERRITORIALES

Las desigualdades territoriales son otra posible amenaza para la legitimación del sistema sanitario. Hoy por hoy, las diferencias en financiación, gasto, oferta, actividad y resultados entre Comunidades Autónomas son importantes, aunque no siempre son reflejo de situaciones injustas que haya que corregir. No obstante, en ocasiones las dificultades (o la ineptitud de los gobernantes) para coordinar los Servicios Regionales de Salud (en cuanto a cartera de servicios, negociación con la industria y compra de suministros, sistemas de información, etc.), han derivado en pérdidas apreciables de eficiencia y de equidad. El resultado es un sistema donde la desigualdad territorial percibida por los ciudadanos es notoria. Los datos del Barómetro Sanitario a este respecto son elocuentes: el 39,4% de la población opina que la sanidad pública no presta los mismos servicios a todas las personas con independencia de su Comunidad Autónoma de residencia. La dimensión territorial es, con mucho, la que más intensamente se percibe como fuente de desigualdad, muy por delante del género, la edad, la condición socioeconómica o incluso la situación administrativa (residencia legal/ilegal). En un país donde, pese a que han transcurrido ya cuatro décadas desde el comienzo del Estado de las Autonomías, la cultura del café para todos está fuertemente arraigada, y donde no se hace pedagogía sobre las ventajas de la diversidad ni sobre la distinción entre los conceptos de desigualdad e inequidad, que las diferencias regionales se visibilicen continuamente no constituye una buena señal para el futuro próximo, particularmente en un contexto político condicionado en buena parte por el eje identitario.

Hay ejemplos de medidas que se toman para promover la equidad, pero pagan un *trade-off* muy alto con la eficiencia. Un ejemplo reciente es la decisión por algunas CC.AA. de financiar públicamente, con inclusión en el calendario vacunal, la vacuna contra el meningococo B, que técnicamente no se justifica en España, según el informe del comité de vacunas, por la incertidumbre sobre su eficacia y duración de la inmunidad y por la baja incidencia de esa cepa. Sin embargo, dos tercios de los bebés españoles reciben la vacuna, financiada por la familia y comprada directamente en la farmacia, desde que en 2015 saliera al mercado. El argumento que esgrimen desde las CC.AA. que en estos tiempos preelectorales la han incorporado es de equidad: solo el tercio de recién nacidos más pobres se queda sin la vacuna. Pero en un entorno de recursos siempre escasos no puede obviarse el coste de oportunidad de las decisiones colectivas, por lo que debería reflexionarse sobre si existe un mejor uso posible para los fondos empleados en cada intervención.

5. DESIGUALDADES ESENCIALES: LOS INPUTS PROPIOS DEL PACIENTE

Llamamos “desigualdades esenciales” a aquellas que no pueden mitigarse con intervenciones sanitarias porque tienen su causa en los determinantes sociales de la salud,

que se reflejan en el gradiente social de comportamientos no saludables —dieta, sedentarismo, tabaco, alcohol, etc.—, que a su vez causa diferencias en salud. Estas desigualdades son menos visibles y no tienen “ficha financiera”. Les dedicamos poco espacio porque no son estrictamente desigualdades “en el sistema sanitario”, tal y como reza el título, pero no podemos dejar de señalar su extraordinaria importancia en el logro de unos objetivos que son compartidos por el SNS: la mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades sociales en salud. Solo saliendo de la sanidad hacia un “pensar fuera de la caja” mediante políticas intersectoriales, comunitarias y a más largo plazo que el de un ciclo electoral, se podrán abordar con éxito.

6. ¿QUÉ HACER?

Pecaríamos de arrogancia si en un texto de estas dimensiones pretendiéramos exponer con detalle un programa de actuaciones completo. Pero no renunciamos a pergeñar algunas líneas de acción que entendemos son importantes para minimizar los riesgos aquí expuestos. Como idea general, podemos decir que lo que se necesita es una gestión pública de primera calidad. Si queremos que las innovaciones que realmente aportan valor en términos de salud puedan introducirse en condiciones de igualdad para todos los pacientes, en primer lugar, hemos de intentar reducir al máximo el coste que suponen, articulando, entre otros, mecanismos de regulación que acerquen progresivamente valor y precio. Además, los sucesivos avances diagnósticos y terapéuticos no pueden añadirse sin más a la cartera de servicios, sin tener en cuenta criterios de coste-efectividad, y sin que progresivamente vayan dejando de ofertarse aquellos procedimientos que han sido superados por otros o no aportan valor. A este respecto, recordamos que en el entorno de la Unión Europea se ha estimado que hasta una quinta parte del gasto sanitario se dedica a procedimientos innecesarios o con alternativas más coste-efectivas, y que por tanto debería reasignarse a mejores usos (OCDE/EU, 2018).

Una mejor gestión pública también implica una adecuada gestión de la demanda sanitaria, una organización de los servicios de salud adaptada a los patrones de morbi-mortalidad de la población y donde los distintos niveles asistenciales estén bien coordinados, lo que debería propiciar una mayor calidad clínica. Se trataría así de seguir generando incentivos potentes para que los ciudadanos (todos, también los que pueden permitirse un seguro privado) permanezcan en el sistema público. Por otra parte, todavía existe un amplio margen de mejora tanto en la coordinación que ha de ejercer la autoridad central como en los mecanismos de cooperación entre los Servicios Regionales de Salud. Más cohesión previsiblemente se traducirá en más respaldo social, y por tanto redundaría en un sistema más sólido.

Por último, conviene no olvidar que, como apuntábamos en el epígrafe anterior, los resultados en salud de la población, donde todavía hoy se aprecia un importante gradiente social, se derivan de un conjunto de factores que trasciende a los servicios sanitarios y se encuentra estrechamente vinculado a otros determinantes sociales: si-

tuación económica, educación, condiciones de vida y trabajo, etc. En consecuencia, las desigualdades en el ámbito de la salud han de abordarse, necesariamente, con el concurso de otras políticas públicas.

Referencias

- BESLEY, T. y COATE, S. (1991): “Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income”, *The American Economic Review*, vol. 81, n.º 4, pp. 979-984.
- CANTARERO-PRieto, D.; PASCUAL-SÁEZ, M. y GONZALEZ-PRieto, N. (2017): “Effect of Having Private Health Insurance on the Use of Health Care Services: The Case of Spain”, *BMC Health Services Research*, vol. 17, n.º 1: 716, <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2667-4>.
- LÓPEZ-VALCÁRCel, B. G.; PINILLA, J. y BARBER, P. (2018): “Dying at Home for Terminal Cancer Patients: Differences by Level of Education and Municipality of Residence in Spain”, *Gaceta Sanitaria*, November, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.011>.
- NICE (2016): *Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline [CG156]. Last updated: August 2016*, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>.
- OECD/EU (2018): *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- PINILLA, J.; LÓPEZ-VALCÁRCel, B. G. y URBANOS-GARRIDO, R. (2017): “Estimating Direct Effects of Parental Occupation on Spaniards’ Health by Birth Cohort”, *BMC Public Health*, vol. 17, n.º 1:26.
- SCHRAAD-TISCHLER, D.; SCHILLER, C.; HELLER, S. M. y SIEMER, N. (2018): *Social Justice in the EU-Index Report 2017*. BertelsmannStiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/NW_EU_Social_Justice_Index_2017.pdf.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FECUNDACIÓN (2016): *Registro Estatal de 2016*, https://www.registrosef.com/public/docs/sef2016_IAFIVm.pdf.
- VERBIST, G.; FÖRSTER, M. F. y VAALAVUO, M. (2012): “The Impact of Publicly Provided Services on the Distribution of Resources: Review of New Results and Methods”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n.º 130, OECD Publishing, Paris.