



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2017 - 04

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD

Anna García-Altés

**AQUAS (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut)
Generalitat de Catalunya**

Guillem López-Casasnovas

**Catedrático del Departamento de Economía y Empresa
Universitat Pompeu Fabra**

Barcelona



Obra Social "la Caixa"

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Obra Social “la Caixa”, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Obra Social “la Caixa” a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Mayo 2017

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD

Reflexiones a raíz del primer análisis con datos individuales de toda la población de Cataluña¹

Anna García-Altés AQUAS Generalitat de Catalunya
Guillem López-Casasnovas CRES-UPF

La crisis económica de los últimos años ha tenido un impacto importante sobre los determinantes sociales de la salud, limitando la renta disponible de la ciudadanía y afectando sus condiciones de vida, trabajo y vivienda. Sin embargo, comprender los mecanismos por los que las desigualdades sociales inciden en la salud poblacional, a efectos de cómo combatirlos o neutralizarlos de la manera más efectiva posible, en cada lugar y momento del tiempo, sigue siendo una asignatura pendiente de nuestra política social.

La simple constatación de los efectos de la crisis sobre las desigualdades de renta primero, y de salud después, no da pistas certeras de cómo los elementos surgen e interaccionan. ¿Es que alguien puede pensar que es su causa fundamental los efectos del recorte en el gasto sanitario para equilibrar la caída de los ingresos fiscales, de modo que retornando la financiación a los niveles anteriores a la crisis se puede considerar el incremento de desigualdad eliminado? Ciertamente, algunos sistemas sanitarios europeos han mostrado una mejor resistencia que otros ante las crisis y, entre los factores que explican esta mejor respuesta, están para algunos autores las políticas públicas de gasto en salud. Pero ¿hablamos de resiliencia en los niveles de gasto o de sistemas que han sabido responder mejor a la crisis con la refocalización de los recursos disponibles en cada caso, habiendo aceptado que más gasto sanitario no siempre es mejor y que ahora más que nunca ha sido necesario priorizar? ¿Estamos así diciendo que es la inercia, la incapacidad de adaptación a coyunturas económicas cambiantes el elemento decisivo? Acaso no es probable que gastando “a piñón fijo”, ante una reducción de recursos asistenciales, no sólo empeora la salud de la población, sino que se hace más desigual? ¿Son factores de demanda los decisivos, siendo el paro más elevado, la reducción de expectativas de consumo, los impagos ante compromisos del pasado tomados insensatamente, la angustia y pérdida de autoestima los vectores relevantes?

Para derivar más desigualdad, y no tan sólo mayor pérdida de salud, tenemos que asumir algunas hipótesis sobre el comportamiento de la demanda, resultado de las elasticidades precio y renta, para poder identificar un aumento en las desigualdades de salud como resultado de la crisis económica. Ello podría no darse, sin embargo, si el sistema perdiera universalismo, fuese más selectivo, priorizara mejor las nuevas y mayores necesidades relativas de determinados colectivos. O en el caso de que, dada la elasticidad renta, los grupos de ingreso medio/alto abandonasen los seguros complementarios, y con ello se viese afectada su salud. Notemos que estos no pueden ser supuestos extraños para

¹ - Una versión de este texto se publicó como Editorial de la Revista Gestión Clínica y Sanitaria, 2 del 2017.

algunos, y a que entrarían en la misma lógica que la de los muchos analistas que ligan resultados de salud a consumos sanitarios (no a necesidades correctamente estandarizadas), atribuyendo mayores niveles de salud a usuarios de los servicios que combinan el acceso a los servicios sanitarios públicos y privados.

Otras formas de protección social, como las que asegurasen unos niveles adecuados de gasto sanitario público, evitando lagunas de cobertura sanitaria, tanto legales como de coste de oportunidad de acceso a los servicios gratuitos debieran de contemplarse de modo mucho más específico. Ello puede afectar a trabajadores autónomos, inmigrantes ilegales y trabajadores por cuenta ajena que evitan el absentismo por miedo a perder el puesto de trabajo, y de quienes poseen niveles inferiores de pago directo por parte de la ciudadanía para los servicios sanitarios privados alternativos. Y es que, en general, no supone igual mecanismo de reacción un cambio en desigualdad en renta por un aumento adicional del paro (caso español) que por un aumento de rentas de los más ricos respecto de los menos (como en el caso de los países nórdicos), o en contextos en los que la pérdida de empleo reduce estrés y facilita el “jogging” como señala alguna literatura estadounidense. Todo ello, ciertamente, ha de ser puesto en el contexto de cada situación, dados los estilos de vida, con valoración no por renta sino por riqueza (la composición de activos aquí es importante vista la enorme caída de los precios de los activos, con mayores efectos en los grandes patrimonios), ya sea por individuo, perceptor de renta o cabeza de familia. Además, aún pudiendo identificar los mecanismos que interaccionan en las desigualdades de salud de raíz socioeconómica, la prudencia exige limitar las conclusiones a un país concreto, tiempo y lugar, con dudas acerca de si lo que se conozca del pasado pueda informar con garantías las correcciones necesarias del futuro.

El punto de partida

La revisión de la literatura sobre el impacto de las crisis económicas -anteriores a la crisis de 2008- en la salud de las poblaciones apunta, con todas las anteriores precauciones, a un aumento de la mortalidad por todas las causas asociadas al desempleo, al aumento de los suicidios -aunque con matizaciones- y a un aumento de los problemas de la salud mental. Las personas más afectadas por los efectos de la crisis son aquellas pertenecientes a los colectivos más vulnerables (i.e. personas con desempleo de larga duración) y los niños.

En España, algunos indicadores a nivel global como la esperanza de vida o la mortalidad general no parece que se hayan visto afectados por la crisis económica reciente, aunque sí hay evidencias de efectos de la crisis sobre los determinantes de la salud, los cambios en algunos estilos de vida y en algunos casos de acceso a los servicios sanitarios.

La monitorización de los efectos de la crisis sobre la salud y sobre los sistemas sanitarios es una prioridad de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Entre las recomendaciones a los Estados miembros se destaca la importancia de las redes de protección social y políticas de empleo para mitigar el efecto negativo de la crisis sobre la salud, y se advierte de la necesidad de evitar restricciones excesivas y prolongadas de los presupuestos de salud.

En Cataluña, el año 2013, el Gobierno acordó la creación del Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población, en el marco del Observatorio del Sistema

de Salud de Cataluña, para hacer el seguimiento de los principales indicadores relacionados con los determinantes de la salud. Desde entonces, el Observatorio ha publicado tres informes: Un primero analizando la evolución de los determinantes sociales y económicos de la salud, un segundo centrado en la población infantil, y un tercero basado en el análisis territorial.

La gran novedad del informe de este año, recientemente publicado con datos de 2015, es que por primera vez se analizan las desigualdades socioeconómicas en el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios públicos según el nivel socioeconómico de la población, utilizando información individual de la totalidad de los habitantes de Cataluña. Para este propósito se ha construido una clasificación que tiene en cuenta tanto la situación laboral de la persona como su nivel de renta, a partir de la información de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social y de la información sobre el nivel de copago farmacéutico de las personas. Esta información se ha podido relacionar, para cada ciudadana y ciudadano de Cataluña, con la información sobre su estado de salud, su utilización de servicios públicos y su consumo de fármacos.

Con cautela, ¿qué hemos visto y podemos decir al respecto?

Existe un gradiente socioeconómico en todos los indicadores analizados, tanto en los de salud, como en los de utilización de servicios y en los de consumo de fármacos, y en la mayoría de combinaciones de grupos de edad y sexo. No podemos comprobar si este gradiente ya existía, puesto que se dispone sistemáticamente de la información individual sobre las prestaciones de la Seguridad Social y el nivel de copago desde 2014. Este gradiente es pequeño en la atención primaria y en la atención urgente, mayor en el consumo de fármacos (sobre todo antipsicóticos) y mucho mayor en los servicios de salud mental y las hospitalizaciones (especialmente las psiquiátricas y las evitables). También es elevado el gradiente en la mortalidad y la complejidad clínica. Todo ello por supuesto sin otra estandarización que la comentada, lo que exige un plus de cautela, no tanto en la lectura de los efectos como en la extrapolación de sus mecanismos a futuro

La tasa de mortalidad presenta un gradiente destacable en las personas menores de 65 años. Las mujeres y los hombres de menor nivel socioeconómico tienen una tasa de mortalidad 4 veces superior que los que tienen rentas superiores a 100.000€. En las personas mayores de 65 años, el gradiente es menor. La tasa de mortalidad de las mujeres de nivel socioeconómico inferior es 1,5 veces más alto a la de las de mayor nivel; en los hombres es 2 veces superior. Caben sin duda matizaciones para evitar lecturas exageradas ya que marcar la odds ratio (valores incrementales) no distingue las cuantías base en sus valores absolutos: de 0,1 a 0,3 existe una diferencia quizás de lectura menos significativa que la del gradiente “tres veces más”.

En el grupo de población de 15 a 64 años, la proporción de personas en situación de complejidad elevada es 8 veces superior en el grupo de menor nivel socioeconómico comparado con el de mayor nivel socioeconómico, y en las niñas y los niños esta diferencia es de más del doble. Aunque la distancia entre grupos sociales se reduce a medida que avanza la edad, los pensionistas con rentas más bajas presentan un porcentaje mayor de población de complejidad elevada respecto a los grupos de rentas más altas.

La salud de las niñas y los niños depende del nivel socioeconómico de sus progenitores. Notemos que este fenómeno intergeneracional sobrepasa el intrageneracional, al que el análisis de corte transversal suele referirse como aumento de las desigualdades en salud de una población concreta, y remite a políticas mucho más diferenciadas de las que se supone se consiguen con el fin del “austericidio”. Y pese a la extensa evidencia existente sobre la secuenciación generacional, no parece que el elemento dinástico atraiga la atención de nuestros responsables sanitarios. Ello exigiría focalizar las políticas y no simplemente demandar “más recursos para la salud”; demanda que suele estar implícita en el lobby que hace suya la reivindicación de las desigualdades de un modo muy poco discriminado.

Por lo demás, la morbilidad, la utilización de los centros de salud mental, la tasa de hospitalización y la probabilidad de consumir fármacos de las niñas y los niños con menor nivel socioeconómico multiplica por valores de entre 3 y 5 los de las niñas y niños con mayor nivel, y hasta de 7 en el caso de la tasa de hospitalización psiquiátrica. Aquí cabe otra matización ya que, sin querer quitar la importancia que este tema merece, el número de personas a la que afecta es muy pequeño, especialmente las hospitalizaciones psiquiátricas.

La salud y la utilización de servicios de las personas de 65 años y más está fuertemente relacionada con la cuantía de sus pensiones. En ausencia de otra información de renta y patrimonio, las personas con una pensión no contributiva (PNC) son sistemáticamente las que presentan peores resultados de salud y más utilización de servicios, aunque también se observa gradiente socioeconómico entre las personas con pensiones contributivas. Ello no puede sorprender si atendemos al hecho de quien es por prueba de medios que acaba accediendo a dicho tipo de pensión, por lo que no es así tanto la cuantía de la pensión como el efecto fijo de quien es elegible para ésta (por no mencionar el caso de aquéllos que no tienen acceso a pensión alguna).

En general, las personas de 55 a 64 años con la condición de pensionista presentan unos peores resultados de salud, una mayor utilización de servicios y un mayor consumo de fármacos, tanto en mujeres como en hombres, respecto a las personas de la misma edad en situación activa. Asimismo, tanto el grupo de personas pensionistas como el de activas siguen manteniendo internamente diferencias remarcables según las categorías de nivel socioeconómico, siendo las personas con una PNC el grupo más vulnerable entre las personas pensionistas y las personas que han agotado el subsidio de paro o perciben una renta mínima de inserción y /o una renta activa de inserción el grupo más vulnerable entre las activas.

A lo largo de los resultados del informe se pone de manifiesto que, además de las desigualdades por nivel socioeconómico, observadas consistentemente en todos los indicadores, hay también marcadas diferencias entre mujeres y hombres tanto en la utilización de servicios y consumo de fármacos, como en los resultados de salud analizados, y esto sucede para todos los grupos de edad y en casi todas las categorías socioeconómicas analizadas. Se pone de manifiesto, como comentamos, que las desigualdades de género se perpetúan a lo largo del ciclo vital y afectan a las personas de todos los niveles socioeconómicos.

Este estudio ha permitido ver que hay importantes desigualdades socioeconómicas en la salud y la utilización de servicios sanitarios de la población de Cataluña. Ahora bien, como dijimos, las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios públicos no tienen por

qué ser malas si hay desigualdades en salud. Es decir, sería preocupante ver diferencias entre niveles socioeconómicos en la tasa de mortalidad y no observar diferencias en la utilización de servicios sanitarios. De alguna manera, el sistema sanitario está dando respuesta a las diferencias en el estado de salud de la ciudadanía. Sin embargo, dado que no es posible ajustar según el grado de necesidad de cada persona, no se puede saber si el gradiente observado en la utilización de servicios debería ser aún mayor. En cualquier caso, se pone de manifiesto la necesidad de dar respuesta a esta situación por parte de las políticas de salud y el resto de políticas de educación, protección social, mercado de trabajo y calidad de la ocupación.

Más allá de las limitaciones que imponen los datos, *ceteris paribus*, resultará a futuro muy importante el seguimiento de las distintas oleadas de análisis que pueda ofrecer el Observatorio, a efectos de entender qué vectores empujan las variaciones en las desigualdades observadas, y en la medida que éstas sean relevantes en el abordaje político (como nos recuerdan los trabajos pioneros de J. Roemer, no todas las desigualdades lo son), y cómo abordarlos a partir de la comprensión de como operan sus mecanismos fundamentales. Ello remarca la importancia de cómo el análisis debería generar más ocupación de los estudiosos y menos una supuesta preocupación de grupos que en el uso político del tema de las desigualdades socioeconómicas y la salud mantienen objetivos propios que no siempre se corresponden con los intereses generales.

<https://www.upf.edu/cres/>

