



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2021 – 07**

# **LA SALUD, LA DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA Y LOS CONDICIONAMIENTOS SOCIALES**

**Guillem López Casasnovas (#)**

**Catedrático de Economía de la UPF**

**Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (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, marzo 2021**



## **LA SALUD, LA DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA Y LOS CONDICIONAMIENTOS SOCIALES**

**Guillem López Casasnovas(#), Catedrático de Economía de la UPF y Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)**

### **RESUMEN**

*El presente Policy paper trata de como la desigualdad afecta a la cohesión social a través de mecanismos diversos de la relación entre situación socioeconómica y pérdida de salud, no siendo la renta ni su distribución el aspecto quizás más fundamental. En la segunda parte del texto se realizan acotaciones a lo que supone la aplicación de alguno de aquellos criterios al caso específico de la Pandemia provocada por la Covid 19 a modo de ejemplo.*

### **INTRODUCCION**

La desigualdad preocupa por la manera en que se pueda radicalizar con la desaparición de frecuencia poblacional en todos los tramos de la distribución, y acabar polarizando la comunidad. La polarización es el gran enemigo de la cohesión social. Además de la distribución de la renta y de la riqueza, empujan la concentración, variables dicotómicas como el paro, la pérdida de relaciones sociales, la falta de red de seguridad y el sentimiento de exclusión por la imposición de mayorías de poder.

En cualquier caso, la desigualdad polariza también a través de los mecanismos vinculados a la pérdida de salud -aunque a menudo se confunde si es la mala posición económica la que genera la pérdida de salud, o es la falta de salud la que empeora la situación económica- y a la educación, como gradiente que afecta a la movilidad social; en particular, en el contexto de sociedades meritocráticas en las que si triunfas es el mérito propio, despreciando la solidaridad social implícita recibida y, si no lo consigues, eres perdedor con la desesperación de quien se debería sentir culpable por ello.

En efecto, la pérdida de salud *dualiza* socialmente, y sin un vínculo de solidaridad (los sanos ayudan a los enfermos, como los listos a los menos listos y los ricos a los pobres), la cohesión se puede quebrar. Demasiado a menudo, sin embargo, se olvida que la salud se transacciona con otras formas de capital (como el humano o el financiero), no tratándose de un valor absoluto. En el desconocimiento de esta realidad, algunos trabajos vinculan unidireccionalmente la desigualdad en la renta con la pérdida de salud. Esto es erróneo ya que a menudo la distribución de ingresos es, en el mejor de los casos, un elemento de confusión, con otros factores jugando simultáneamente.

### **REVISION DE SUPUESTOS**

Una revisión de la literatura nos permite distinguir los siguientes vínculos, bastante diferentes, en lo que atañe especialmente a las medidas compensatorias que se requieren desde la acción pública. En efecto, distintas situaciones de empeoramiento de resultados de salud derivan de diversos factores.

- Primero, de los efectos que los cambios, pongamos derivados de una crisis económica, puedan generar en los estilos de vida de diferentes grupos sociales, y con ello en la salud, sin una acción compensatoria por parte de las prestaciones sanitarias, tales como la pérdida del autocuidado, asumir conductas de mayor riesgo, etc.
- Segundo, por los efectos que la situación socioeconómica provoque en la demanda o utilización de los servicios (p.ej., con el aumento del coste de oportunidad de acceder a los servicios de potenciales usuarios, tales como trabajadores autónomos o de cuenta ajena por absentismo).
- Tercero, cambios que se deban a la reducción de la oferta de servicios (tales como los derivados de un recorte presupuestario u otras formas de austeridad externa impuesta), no compensadas por un aumento de productividad de los factores afectados, y que se expresen en un peor acceso, menor consumo de servicios -listas de espera- o disminución de la calidad asistencial.

- Cuarto, efectos que impliquen cambios en la composición de la oferta en respuesta a una crisis, p.ej. entre emergencias y tratamientos electivos, respuestas programadas presenciales versus telemedicina, etc.
- Quinto, por las consecuencias que la situación económica cause en el mercado de trabajo, en precariedad, paro o peores salarios.
- Sexto, los que se deriven de las tecnologías cambiantes o de los condicionantes epidemiológicos, relativos al desempeño laboral: entre las primeras, por la exposición a productos tóxicos en ciertos empleos o trabajos de riesgo (con prima compensatoria explícita y aceptada) o, entre las segundas, la mayor exposición de la ocupación a las infecciones (como con la Covidi19).
- Y séptimo lugar, para terminar, cuando el cambio de situación asociable a una crisis produzca una percepción personal depresiva de sentirse abandonados (*left behind*) como individuos o por el entorno en el que se vive.

En todos los casos, no siempre los efectos se reflejan en la distribución de la renta en su incidencia sobre la salud. Además, su análisis requiere ajustar por las variaciones poblacionales, de composición demográfica, culturales, de cómputo efectivo de gasto o de recursos disponibles en cada momento. Sin ello, los errores de interpretación son múltiples. Se atribuyen a veces efectos que no tienen que ver con políticas sanitarias, y menos aún que sean éstas coetáneas en sus efectos. Así se observa que, con el envejecimiento, baja la asociación entre desigualdad entre renta y salud, en la medida en que las personas mayores, por muy desiguales que sean, acaban pareciéndose mucho en salud. Reducciones de salud, o sus aumentos, se mueven a menudo con cambios migratorios, que nada tienen que ver con las políticas sanitarias como para poder debatirlas en términos de causalidad y culpabilidad. Y ni que decir tiene que reducir diferencias en renta, reasignando transferencias dinerarias, disminuye el número de muertes (las causadas supuestamente por las desigualdades de renta). Una asociación potencial entre crisis económica, recortes potenciales o efectivos en el presupuesto público, o de desigualdades en posiciones socioeconómicas, trasladables a cambios en la distribución de renta, no mueve por si misma los resultados en salud;

constituye, en realidad, un gran argumento de confusión. Además, ello no permite aislar cualquiera de aquellas relaciones para derivar causalidad efectiva, por sofisticado que se crea que es el método de estimación y la variable instrumental elegida. Problemas de selección se juntan aquí con cuestiones de simultaneidad y falta de exogeneidad de las variables en juego: la desigualdad no es tanto 'debido a' como 'mediadora de' o simplemente, deviene variable de 'confusión'.

Como recuerda Deaton y Case (Deusto, 2020), <https://www.planetadelibros.com/libro-muertes-por-desesperacion-y-el-futuro-del-capitalismo/321248>, la desigualdad 'insana' es la que se produce cuando toda la sociedad pierde. Ricos y pobres, ya que en general la desesperación de los pobres no depende de cómo viven los ricos sino de cómo viven los pobres. La disyuntiva entre reparar o prevenir, actuaciones ex post o ex ante, tienen su reflejo después en las políticas públicas, ya sea redistribuyendo renta en las izquierdas, o identificando, con compensaciones, los puntos de partida desiguales, como máximas de las políticas más conservadoras. También a la hora de definir aproximaciones específicas antepuestas a las universalmente inclusivas, hoy en el eje del debate de las políticas públicas. Pero ello es erróneo. No puede haber para aquellas diferentes situaciones una sola prescripción de política pública para su corrección.

## **A MODO DE EJEMPLO: ACOTACIONES PARA EL DEBATE SOBRE DESIGUALDADES Y PANDEMIA**

Recojo frases del texto que acaban de sacar dos grandes economistas en materia de desigualdades derivadas de la pandemia. En reconocimiento de su valía y reputación analizo sus contenidos y comento algunas afirmaciones. Intento refinar los argumentos para fortalecer los mensajes. Me preocuparía que se entendiera que alguno de los extremos se valide en apreciaciones más socio-políticas que basadas en la evidencia. Y es que siendo ello así, la falta de matices puede empujar desde cualquiera de las percepciones vigentes que se descalifiquen otras aportaciones más



fundadas. Ciertamente que con ello puedo generar el efecto de que se lean como descalificaciones que avalen tesis completamente contrarias a las aquí comentadas. Si así fuera debiera de someter a cribas similares estos otros razonamientos a beneficio de la objetividad.

Valga de entrada la percepción por parte de algunos científicos sociales de que el fin justifica los medios; esto es, que pese a la ausencia de prueba de evidencia -lo que no quiere decir que no la haya-, la lucha por la 'justicia social' como bien superior justifica todo tipo de intervención dirigida a intentar reducir las desigualdades. Pese a que ello signifique despilfarro y recursos perdidos fuera de objetivo; algo que algunos reconocen no es su problema, remitiéndolo a los recursos a facilitar desde el mundo económico. No es esta mi posición por lo que cuestionaré lo que me parezca carezca de evidencia suficiente o no añada a mi parecer conocimiento adicional.

Entresaco de <https://nadaesgratis.es/admin/covid-19-y-desigualdades>, de Beatriz González y Diego Puga. En mayúsculas las primeras reacciones. Siguen las matizaciones.

*“La condición socioeconómica afecta a la probabilidad de exposición al virus y al riesgo de contagio, a la gravedad de la enfermedad en caso de contagio y a los resultados en salud (mortalidad, morbilidad y secuelas a largo plazo)”.*

LO PRIMERO AÑADE CIERTAMENTE UN EFECTO. LO SEGUNDO NO CAMBIA. EN TERMINOS DE DIFERENCIALES. LOS DE MEJOR CONDICION ECONOMICA ES PROBABLE HAYAN PERDIDO MÁS CON LA COVID Y QUE LOS DIFERENCIALES EN SALUD SE HAYAN ESTRECHADO. Los empleados en economía submergida, pueden haber perdido ingresos e iniciar situaciones con efectos negativos en salud por diversos mecanismos. Las personas con peor situación socioeconómica (SSE) pueden tener más morbilidad por crónicas mal controladas (y porque tienen más frecuencia de enfermedades

crónicas) y haber tenido peor pronóstico al infectarse. La morbimortalidad puede ser más alta a medida que baja SSE por mayor fragilidad.

CONVENDRIA EN TODO CASO EXAMINAR QUÉ TIPO DE SALUD HAN PERDIDO PARA ESTRECHAR EL DIFERENCIAL. EN TODO CASO NÓTESE QUE EL ARGUMENTO DE QUIEN ESTÁ MEJOR PIERDE MÁS CON LA PANDEMIA NO ES UNA PROPUESTA DE ACCIÓN SINO UNA CONSTATACIÓN.

*“Otras necesidades sanitarias se han desatendido durante la primera oleada de la de la Covid-19 para liberar recursos ante un posible empeoramiento de la incidencia. En la medida en que las personas de condición socioeconómica desfavorecida sufren proporcionalmente más esas enfermedades, se producen desigualdades sociales en salud adicionales”.*

COMPLETAMENTE CIERTO. AQUÍ HABRÁ UN EFECTO POR LA MAYOR UTILIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO POR CLASE SOCIAL. OJO SIN EMBARGO QUE PUEDE HABER POSTERGADO LA IATROGENIA (POR EJEMPLO, EN BIOPSIAS Y OTRAS PRUEBAS EN MORTALIDAD: HABRA QUE COMPROBAR). Ciertamente, puede haber disminuido la iatrogenia, pero el impacto de esta se ha de contraponer a los retrasos diagnósticos y efectos negativos en personas con menor capacidad educativa y social para gestionar situaciones de manejo de enfermedades crónicas. Una persona mayor y con escasa alfabetización quizá no demanda ayuda mientras no tenga síntomas.

*“Los mayores en residencias también pueden haber tenido un menor acceso a recursos para pacientes agudos o intensivos”.*

PROBABLE. LA INSTITUCIONALIZACIÓN TIENE SESGO DE CONDICION SOCIOECONOMICA Y SE HA LLEVADO RELATIVAMENTE LA PEOR PARTE EN LA PRIMERA OLA. LA AFIRMACIÓN ES ESPECULATIVA. Pero si se dictan instrucciones de no

hospitalitzar a residents en la primera ola, la limitación de acceso dejaría de ser hipotètica.

*“Dado que los trabajadores de menor nivel socioeconómico se concentran en los sectores más directamente afectados por la pandemia y con menor posibilidad de teletrabajo, la crisis tiende a aumentar las desigualdades que ya existían”.*

PROBABLE, PERO ES EL MISMO EFECTO QUE EL YA COMENTADO ANTES  
AUNQUE QUIZÁS MAS VISIBLES EN EL CORTO PLAZO

*“Por eso, las desigualdades económicas han aumentado en España como consecuencia de la Covid-19. Basta mirar la evolución del índice de Gini, que subió 0,11 puntos (de 0,45 a 0,56) entre febrero y abril de 2020”.*

NO SIGNIFICATIVO POR VENTANA TEMPORAL DEMASIADO CORTA, NI POR SU SUPUESTA CAUSALIDAD (contra el ‘por eso...’)

*“Afortunadamente, las transferencias públicas, en particular las pensiones y prestaciones por desempleo, han contribuido significativamente a mitigar este aumento de las desigualdades (Aspachs et al, 2020).”*

SIEMPRE ES RENTA FINAL DISPONIBLE LO QUE DEVIENE DECISIVO; SIN MAYOR NOVEDAD PUES EN ESTE TERRENO DE RENTA YA QUE NO OBSERVAMOS UN MAYOR EFECTO AÑADIDO. EN CUALQUIER CASO, SU VINCULACIÓN ENTRE DESIGUALDAD DE RENTA Y SALUD NO TIENE CON LA PANDEMIA LOS CONDICIONANTES ‘NORMALES’ (MECANISMOS DE AFECTACIÓN, CON ELEMENTOS SISTÉMICOS Y ALEATORIOS -DE INFECCIÓN)

*“Una herramienta potencialmente muy útil, pero cuya efectividad está siendo mucho menor de lo esperado, es el Ingreso Mínimo Vital”.*

AQUÍ HAY UN SALTO EN EL ANALISIS. LA MEDIDA *ERTE* PUEDE SER SUPERIOR A UN *IMV* NO DISEÑADO PARA ESTE TIPO DE SITUACIONES. EN CUALQUIER CASO LA IMMEDIATEZ DE LA PRIMERA PUEDE SER MÁS EFECTIVA QUE LA SEGUNDA (Y ÉSTA DE MENOR PRECISIÓN) Se reconoce en cualquier caso que estas medidas tienen dianas poblacionales distintas y el *IMV* debería, en principio, alcanzar una población que nunca alcanzaría un *ERTE*.

*“Los ERTE, sin embargo, no han servido para proteger a los trabajadores más precarios. (...) A la elevada temporalidad y corta duración de los contratos hay que añadir el uso de “falsos autónomos””.*

QUE el “contrato indefinido universal” sea la opción por defecto en las nuevas contrataciones” como dicen los autores SOBREPASA EN MUCHO LOS ANALISIS DE LA DESIGUALDAD CAUSADA POR LA COVID, CON ELEVADO GRADO DE INDETERMINACION.

*“La crisis de la Covid-19 también ha afectado a las desigualdades de género. Durante la pandemia ha aumentado sustancialmente la carga de tareas de cuidado de menores y de trabajo no remunerado en el hogar, sin apenas mejorar su reparto por género (Farreé et al, 2020). Si a esto añadimos la precariedad laboral, las situaciones de estrés y el aumento de la violencia de género que ocasiona el confinamiento, los resultados son devastadores”.*

DE NUEVO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL EFECTO MARGINAL DEL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO, PUEDE QUE LA DISRUPCION HAY AFECTADO MAS A LO HOMBRES, RELATIVAMENTE DE ENTRADA MENOS ABOCADOS, CON EL CONFINAMIENTO, A TAREAS DE TRABAJO NO REMUNERADO EN EL HOGAR, AUN RECONOCIENDO LOS EFECTOS COMENTADOS EN SECTORES PROFESIONALES MAS FEMINIZADOS. Ciertamente sin redistribución de tareas en el hogar (especulación sin contraste) los mecanismos que producen desigualdad de género deberían haberse incrementado en

la situación de covid-19. La consideración de cambios de estilo de vida en sus efectos psicológicos requeriría tratamiento diferenciado.

*“En el largo plazo, quizás el mayor impacto de la Covid-19 sobre desigualdades será en términos de desigualdades intergeneracionales”.*

EL ‘QUIZÀS’ ES CORRECTO. PERO LLUEVE SOBRE MOJADO Y HACE AÑOS QUE EL TEMA SE DENUNCIÓ YA (LÓPEZ Y MOSTERIN, 2006) SIN ACCIONES DE CORRECCION. LA PANDEMIA AÑADE, PERO NO SE CONVIERTE EN SU MAYOR PROTAGONISTA. ADEMAS, EN TERMINOS DIFERENCIALES DE MORTALIDAD POR EDAD LA BRECHA CONTRA LOS MAYORES HA AUMENTADO Y NO DISMINUIDO

En resumen LA EDAD MÀS QUE EL GENERO O LA RENTA SERÁ POSIBLEMENTE EL ‘DRIVER’ DE LOS EFECTOS FINALES SOBRE LAS DESIGUALDADES EN SALUD, POR LO QUE SUS EFECTOS NO SERÁN LOS DE LOS MEDIARIOS TRADICIONALES DE LA CONDICION SOCIOECONÓMICA. AUN EN EL CASO DE CONSECUENCIAS EN MAYORES DE GRADIENTE SOCIO ECONÓMICO INFERIOR MÁS QUE AL DEL SUPERIOR, ES PROBABLE QUE SEA EN CUALQUIER CASO MAYOR QUE LAS RELATIVAS AL JOVEN POBRE. ADEMÁS TODO DEPENDE DEL INDICADOR UTILIZADO (MORTALIDAD, AÑOS DE VIDO PREMATURAMENTE PERDIDOS, TODO LO DEMÁS IGUAL EN ESPERANZA DE VIDA), Y YA POR CAMBIOS EN VALORES ABOSLUTOS, PROPORCIONALES O EN EL GAP INICIAL VERSUS EL FINAL. NO CREO QUE EL DIFERENCIAL DE MORTALIDAD POR CONDICION SOCIOECONÓMICA, LA CUESTIÓN MÁS RELEVANTE, HAYA AUMENTADO, SINO MAS BIEN PUEDE QUE ACABE DISMINUYENDO CON LA PANDEMIA. VEREMOS!!

Sin duda, depende del indicador. Pero cuando se examinan desigualdades en salud, todo ha de contar. Ajustando bien, dentro de la cohorte etaria, por precondiciones, condición socioeconómica individual, etc parece razonable predecir que es más probable un desenlace fatal en los peor situados para protegerse, cuidarse, dialogar con los sistemas de protección social etc. Pero dichos ajustes se han de realizar o si se

trata de inferencias se tienen que explicitar. La edad más que la renta o el género pueden ser decisivas en conducir los efectos. La distinción de efectos a corto, medio y largo plazo se deben distinguir, y su transición no es siempre sistémica. La genética puede cuente.

*(#) Agradezco comentarios al texto inicial de Salvador Peiró, Ricard Meneu e Ildefonso Hernández.*

## Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López Casasnovas, G; **"La evaluación económica en su encrucijada institucional. Genética de un Manifiesto"** Colección Health Policy Papers 2021-06\_GL.

López Casasnovas, G; **"Los estragos de la crisis de la Covid 19. Años de vida perdidos por muertes prematuras"** Colección Health Policy Papers 2021-05\_GL.

López Casasnovas, G; **"Vacunes en mercat lliure? Els límits a la mercantilització"** Colección Health Policy Papers 2021-04\_GL.

García-Altés, A; **"El sistema sanitari com a element de cohesió social"** Colección Health Policy Papers 2021-03\_AG.

López Casasnovas, G; **"Desigualtat, polarització i cohesió social"** Colección Health Policy Papers 2021-02\_GL.

López Casasnovas, G; **"La vacuna contra la gripe. Estado de la cuestión sobre sus virtudes y limitaciones"** Colección Health Policy Papers 2021-01\_GL.

López Casasnovas, G; **"La pandèmia i els seus efectes"** Colección Health Policy Papers 2020-18\_GL.

López Casasnovas, G; Jovell Codina, P; **"Valoració del sistema actual i càlcul d'un finançament autonòmic basat en la capacitat fiscal"** Colección Health Policy Papers 2020-17\_GL\_PJ.

López Casasnovas, G; Jovell Codina, P; **"Finançament autonòmic. Valoració del sistema actual i càlcul d'un sistema basat en la capacitat fiscal"** Colección Health Policy Papers 2020-16\_GL\_PJ.

López Casasnovas, G; Pifarré Arolas, H; **"Healthcare systems: organization and response to Covid-19"** Colección Health Policy Papers 2020-15\_GL\_HP.

López Casasnovas, G; Pifarré Arolas, H; **"The Spanish healthcare system"** Colección Health Policy Papers 2020-14\_GL\_HP.

López-Casasnovas, G; **"El bienestar intergeneracional. Balanç social i paper de l'Estat i de les famílies"** Colección Health Policy Papers 2020-13\_GL.

López Seguí, F; **"Medidas de sostenibilidad ambiental en la industria farmacéutica. Una Revisión crítica desde la economía de la salud basada en el enfoque estratégico de la comisión europea."** Colección Health Policy Papers 2020-12.

López-Casasnovas, G; Hernández Aguado, I; **"Tres textos para el día después"** Colección Health Policy Papers 2020-11.

Esteve, M; Gascó, M; Jiménez-Asensio, R; Jiménez, F; Lapuente, V; Longo, F; López-Casasnovas, G; Manfredi, JL; De la Nuez, E; Del Pino-Matute, E; Ramió, C; Rodríguez, L; Sebastián, C; Vilalta, M; Villoria, M; **"Por un sector público capaz de liderar la recuperación"** Colección Health Policy Papers 2020-10.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

