



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2021 – 16

**A PROPÓSITO DEL DEBATE MARMOT-LÓPEZ SOBRE
DESIGUALDADES EN SALUD**

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, octubre 2021

A PROPÓSITO DEL DEBATE MARMOT-LOPEZ SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD

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

Resumen

Esta contribución es una reflexión sobre la investigación en las desigualdades de salud, que resume la participación del autor en la inauguración del ciclo de debates sobre Desigualdades en Salud, organizado por la Fundación Ernest Lluch.

La concesión del Premio Nobel de este año a tres estudiosos de la evidencia que enseñan los datos indica el camino a seguir para muchos investigadores de la política sanitaria frente a prejuicios instalados. Tirar con bazuca a todo lo que se mueve en el entorno de las desigualdades en salud es tan meritorio como inútil y costoso, a falta de una priorización de las acciones tras un análisis riguroso de la efectividad de las políticas.

El debate

Tuve la oportunidad hace poco de inaugurar el ciclo de debates sobre Desigualdades en Salud Post Pandemia, organizado por la [Fundación Ernest Lluch](#)(1). Lo hice con un debate –al que seguirán algunos otros con los ‘sospechosos habituales’- con el profesor sir Michael Marmot, a quien conocía de mi colaboración en su último informe Europeo OMS (2). Fue difícil conseguir un diálogo diáfano, hablando como hablamos distintas lenguas académicas. Pero desde diferentes bagajes compartimos ciertamente unas mismas preocupaciones..., aunque nuestras ocupaciones continúan difiriendo. La concesión de los premios nobel estos días a Imbens, Angrist y Card me anima a escribir este texto al apoyar con sus contribuciones a direccionar la investigación en desigualdades de salud a la propuesta que defendí. He aquí a grandes rasgos mi intervención que recoge bastante bien, creo yo, la posición contraria, que incorporé anticipadamente al conocer suficientemente la argumentación reiterada sobre el tema por parte de sir Michael Marmot.

La pandemia ciertamente ha disparado las hasta el momento sospechas de aumento de las desigualdades en salud. Ello se basa en comprobar la distribución de las profesiones más expuestas a la COVID-19, las dificultades de ajustarse a los confinamientos por parte de familias y la acción del virus ya en sus aspectos de comorbilidades y mortalidad, especialmente

en las instituciones que acogen a nuestros mayores. La distribución de dichas cargas está lejos de ser homogénea. Pero la constatación de sus efectos a medio plazo no se conoce aún. La situación de las desigualdades en salud cuenta con los descriptivos básicos y con los [análisis pormenorizados de hasta donde permiten los datos disponibles](#), y [su papel ha sido suficientemente analizado](#).

En todo caso, tanto en 'fuentes' como en 'afuentes' que confluyen en el tema, la importancia de combatir las desigualdades sociales hace que sean múltiples los esfuerzos que se deban conjugar para superarlas. Las interacciones de intereses que concurren, sobre los determinantes socioeconómicos, pero también respecto de los relativos a los estilos de vida y de un incipiente conocimiento de factores genéticos y ambientales, hace que las contribuciones sean bastante variadas: desde los politólogos a los economistas, pasando por los epidemiólogos, antropólogos y sociólogos o filósofos entre otros. A menudo desde cada perspectiva se apuntan factores que inciden en aquellas desigualdades, adquiriendo relevancia desde los terrenos propios, a veces sin distinguir en el análisis para su corrección entre asociaciones y causalidad, entre factores moderadores y/o mediadores, entre *confusores* y derivados (esto es, 'si se sigue es que lo determina').

Las realidades observadas desde los distintos prismas mueven una diversidad de propuestas de actuaciones que a menudo se pierden, ya por desfocalizadas o por la poca efectividad que muestran a la vista de los recursos que se dedican. No es ésta una constatación en favor de la inacción, sino de una mejor investigación aplicada a tan importante área para el bienestar y la cohesión social.

Reconocida la importancia de abordar las desigualdades en salud, no es ello óbice a no debatir sobre múltiples inferencias de cursos de acción que no cuentan con la evaluación suficiente sobre su efectividad, y que pese a ello se reclaman en interés de proveerse de más recursos para el loable objetivo.

De desigualdades en salud sabemos más acerca de los elementos que inciden que del modo en que éstas pueden corregirse. Y si lo sabemos, no resulta fácil en todo caso identificar cual es el mejor modo de intervenir para su neutralización. El *cómo* más que el *qué* es lo que muchos echamos en falta. Disparos generalizados, de perdigones en países pobres, y con más pólvora en países ricos se producen de manera reiterada, aunque sin toda la orientación deseada y a veces con daños colaterales. El instrumento es hoy todavía, desafortunadamente, poco preciso. *Confusores*, mediadores, moderadores, mecanismos de causación, el reverso de ésta (de selección), o la falacia 'si se sigue a ello es que lo causa' están al orden del día. Causación es siempre la palabra mayor: implica que de la presencia del factor surge el efecto y en su

ausencia el efecto no se origina. Estamos lejos en el ámbito de desigualdades de poder hablar de causalidad. En consecuencia, más análisis es necesario. Por ejemplo, utilizando métodos adaptados del campo cuasi experimental. Nuevas técnicas están disponibles para desgranar factores y efectos construyendo contrafactuales ('propensity score matching', 'differences-in-differences', variables instrumentales, 'regression discontinuity'...).

Son secuencia de factores y potenciales confusores el lugar donde se nace, la familia en la que uno se desarrolla (genética, toda forma de capital y patrimonio de los ancestros), educación (esfuerzo, capacidades cognitivas, posibilidades económicas), capacitación profesional, cultural y estilo de vida, estatus socioeconómico logrado, renta (y patrimonio), grado de movilidad social, emparejamientos dinásticos, consumos (nocivos y saludables), entorno (físico y social), contingencias (sobrevenidas, resultantes)...Son sus fuentes: lo heredado, el esfuerzo, las adicciones, la suerte. Y por sus raíces: lo biogenético, el entorno social, el comportamiento.

Resulta conveniente por tanto aislar supuestos de multicolinealidad para ver (i) dónde se puede incidir, ya desde lo que es exógeno (y por tanto con intervención a través de tercer factor) o endógeno (modificable por inducción conductual), y (ii) dónde se es más efectivo, en qué momento crítico, con efectos en qué plazo y con qué efectos colaterales. Los epidemiólogos se refieren a tales situaciones como "confusas", mientras que los economistas llaman al sesgo resultante de no controlar tales factores de confusión "sesgo de variable omitida". El "sesgo de simultaneidad" y el "sesgo de variable omitida" son las dos causas importantes de lo que los economistas/econometristas llaman "endogeneidad", un término técnico que se refiere al problema de que la variable independiente está correlacionada con el término de error en un análisis de regresión.

Aún sin el contrafactual de lo que sería la realidad sin la acción de los sistemas públicos de salud en favor de la equidad en las políticas de salud, la constatación de los escasos avances en su reducción nos exige ser cautelosos en 'el más de lo mismo'. La restricción de financiación (dualidad fiscal de difícil reversión) obliga hoy a ser más selectivo en las actuaciones y no parar de aprender de la experiencia evaluada. En este contexto, no es seguro que el fin (los éxitos pretendidos) pueda permitir el prescindir de la necesidad de evaluar el coste de los medios utilizados. Además, es dudosa la identificación de todas las diferencias observadas con desigualdades socialmente inaceptables. Este es un debate ético, de justicia y de responsabilidades individuales y colectivas que trasciende la definición de una política en particular.

Algunos de los estudiosos del campo de las desigualdades en salud piensan que, debido a que las desigualdades en salud son un problema de salud pública importantísimo, no es ético retrasar las intervenciones y políticas a gran escala hasta que su eficacia se haya demostrado más allá de toda duda razonable. Argumentan que la evidencia descriptiva y explicativa más sólida y extensa sobre las desigualdades en salud combinada con la evidencia más limitada sobre la efectividad de las intervenciones y políticas, es suficiente para justificar la implementación a gran escala de contramedidas plausibles. Sin embargo, otros argumentan, creo yo más correctamente, que las intervenciones y políticas pueden tener efectos secundarios negativos no deseados y tener costes de oportunidad en el sentido de que pueden obstaculizar otras intervenciones y políticas, quizás más efectivas. Por lo tanto, si los responsables de la formulación de políticas deciden implementar a gran escala intervenciones y políticas no probadas, es recomendable que estas vayan acompañadas de esfuerzos de evaluación adecuados. En la práctica, la formulación de políticas rara vez se basa en pruebas "perfectas" y, por lo tanto, las cuestiones metodológicas destacadas aquí no deben utilizarse como excusa para la inacción sino para su mejor evaluación y lograr una mayor efectividad en resultados (3).

Concluyo. Me arriesgo con una predicción longitudinal: la covid habrá reducido, y no aumentado, las desigualdades en salud en la medida que (i) han muerto los de más edad (que es donde las desigualdades son menores por la menor influencia de del estatus socioeconómico en la salud y menor es la desigualdad en renta por la protección social a jubilados i (ii) dentro de estos, hayan fallecido los inframarginales –ya con peor salud, por comorbilidades- que les convertían en más frágiles al virus. El efecto directo es que mueren en foto fija los más pobres. Pero la foto longitudinal puede ser diferente. Es el llamado ‘harvest effect’ por desplazamientos de mortalidad. Al concentrarse los fallecimientos en el gradiente socioeconómico inferior, ajustado por la edad, ello quiere decir que en el medio plazo, los que hayan sobrevivido tendrán relativamente mejor salud media que en el pasado. Además, el envejecimiento relativo general y la política de pensiones ahondarán en dicha reducción de desigualdades en salud media por grupo socioeconómico y evolución de la cohorte en el medio plazo. Nada que ver en ambos casos si se quiere identificar reducción de desigualdades con políticas de salud. Si acaso a su falta, por la no prevención del exceso de mortalidad inicial. En conjunto, un efecto puramente demográfico (envejecimiento general relativo de la población y efecto de la pandemia. Si surgen efectos en el largo plazo deberán deberse a la movilidad social hacia abajo que la crisis económica asociable a la Covid haya podido provocar en los más

jóvenes (educación, retraso en la entrada en el mercado de trabajo), si bien la recuperación rápida que vivimos la puede soslayar y no se puede hoy anticipar.

Cuidado pues con las asociaciones: ya la epidemia norteamericana de muertes por opiáceos en la etapa del presidente Trump ha reducido, hoy ya lo sabemos, las desigualdades de salud en EE UU. Murieron sobre todo blancos educados, relativamente más ricos que los negros, más pobres éstos en términos medios y con menor capacidad de compra de drogas. Y aún no he leído pero todo puede pasar que en el futuro alguien asocie el éxito de las políticas de Trump con dicha reducción de desigualdades.

Notas:

(#) Una primera versión apareció como Opinión en el Boletín de la Asociación de Economía de la Salud Nov. 2021. Agradezco los comentarios de Ildefonso Henández.

(1) La sesión sobre Desigualdades en Salud Post Pandemia, organizado por la Fundación Ernest Lluch se puede ver aquí: https://www.youtube.com/watch?v=etVQljl_FQ

(2) Véase *Marmot Interim Report on Social Determinants on Health* WHO 2011 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F__data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0010%2F148375%2Fid5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf

(3) Reflexiones derivadas de mi pertenencia al *2020 Scientific Committee on Health Inequalities* como representante del *Institut d'Estudis Catalans* al *FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities* y de los textos reportados por Johan Mackenbach y Jean Philippe de Jong (KNAW) al *Health Inequalities: An Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality*, 2018 y 2021. Se agradecen los comentarios a un borrador inicial de Salvador Peiró, Ildefonso Hernández y Carlos Campillo.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud**" Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis *Coste Efectividad***" " Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la "cultura mediterrània" i/o el model sanitari**" Colección Health Policy Papers 2021-13_RS_GL.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020 dels diagnòstics de càncer?**" " Colección Health Policy Papers 2021-12_RS_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; "**Public health policies for the common interest: Rethinking eu states' incentives strategies when a pandemic reshuffles all interests.**" " Colección Health Policy Papers 2021-11_JD_JM_JE_JG_AD_CB.

López Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**La maximización de los AVAC y el óptimo social**" " Colección Health Policy Papers 2021-10_GL_LP.

López Casasnovas, G; "**Mi visión sobre los cambios que llegan a nuestros sistemas de salud de la mano de la digitalización**" Colección Health Policy Papers 2021-09_GL.

López Casasnovas, G; López Seguí, F; Arasanz Goset, A; "**Sustainability and resilience in the spanish health system**" Colección Health Policy Papers 2021-08_GL.

López Casasnovas, G; "**La salud, la distribución de la renta y los condicionamientos sociales**" Colección Health Policy Papers 2021-07_GL.

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.

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

