

Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios

Guillem López i Casanovas

Centre de Recerca en Economia i Salut
Universitat Pompeu Fabra

Propósito

Este texto tiene como objetivo contravenir algunos prejuicios, tópicos ideológicos y concepciones teóricas deficientemente fundadas, aunque muy extendidas, acerca de lo que se puede entender por equidad e inequidad en los servicios públicos y, en particular, en los relativos al mundo de los servicios sanitarios y así, en parte, en la salud. La cuestión es demasiado importante para que se acepten sin más en razón del “buenismo” comprensible que envuelve un sector tan importante en el bienestar colectivo y que tan directamente entra en los juicios de los ciudadanos que experimentan la enfermedad y los cuidados que a ésta se asocian.

Los comentarios críticos son presentados de modo resumido y escueto. No identifican autores concretos pero sin duda el lector los puede haber leído por sí mismo y, quizás, los apartados que siguen puedan recordar algunos de ellos. En cualquier caso, la virtualidad pretendida no es tanto ejercer la crítica como mostrar lugares comunes a evitar o a investigar su aceptación o rechazo con mayores bases empíricas y menores prejuicios. No se pretende ser exhaustivo (hablar de salud en propiedad requiere analizar algo más que financiación, recursos y actividad asistencial, tales como vivienda, condiciones de vida, salud laboral, urbanismo, mercado de trabajo etc.), sino que, a guisa de ejemplo, se señalan lo que a juicio del autor son los tópicos más destacados.

Consideraciones iniciales

Es fácil navegar en el mar de los eufemismos y estar perdidos en destino: universalidad, gratuidad, igual atención médica independientemente del lugar de residencia y de la capacidad económica, de individuos o colectivos... son términos cómodos para pivotar un discurso, pero poco útiles para especificar cartas astrales. Sin brújula bien imantada técnicamente, puede resultar en aguas procelosas donde dominen algunos piratas de la política.

Todos estamos preocupados por algunas desigualdades sociales, y en salud en particular; pero los calificativos cuentan mucho a la hora de saber orientar recursos a objetivos. Así a la hora de corregir desigualdades en términos de: (i) garantías de acceso en cobertura o en utilización, (ii) en servicios asistenciales que se desean “prácticamente” universales y “básicamente” gratuitos (los adverbios aquí importan, porque cabrá en algún momento precisar sus límites), (iii) con gratuidad entendida como independencia de los ingresos del individuo o de su capacidad de pago (la disyuntiva aquí es relevante ya que con lo segundo nos estamos refiriendo a una renta neta más allá de los mínimos vitales, y así sin coste de oportunidad alguno sobre otras partidas básicas de gasto), (iv) igualdad en acceso o consumo a igual “necesidad” (identificando “igua-

les” para ser tratados igual –equidad horizontal), (v) siendo la “necesidad” estandarizada según utilización observada o neutralizando en ella la innecesaria (“normando” pues la necesidad), (vi) bajo un criterio de adecuación que remita la utilización innecesaria a la financiación privada voluntaria o que la mantenga financiada pública y coactivamente, (vii) de “no necesidad” por exceso o por defecto respecto de una mejor práctica, (viii) con sobreutilización iatrogénica o de escasa efectividad pero no dañina, (ix) a través de servicios que afectan con distinta eficacia ya sea a la salud o a sus percepciones subjetivas, (x) objetivables en sus componentes de morbi-mortalidad o de calidad de vida, (xi) resultado dicho consumo en todo o en parte de unas decisiones más o menos imputables a la responsabilidad individual (por aquello de la equidad vertical, para que los que acabemos considerando desiguales no reciban tratamientos desiguales, eligiendo a la carta a qué categoría de desiguales quieren pertenecer) y de (xii) identificar una distinta capacidad de beneficiarse de modo previo a concluir que el paciente “necesitaba” el tratamiento concreto (1).

Todo ello abre un panorama que a falta de precisión conceptual, de adecuación metodológica y de contrastación empírica coherente, acaba constituyendo un gran chapapote que puede arruinar la credibilidad de más de un economista de la salud y ofrecer dudas sobre la solvencia de la disciplina.

No es la primera vez que este autor trata el tema. Ya en 2002, en un editorial de *Economía & Salud*, intenté favorecer que entre nosotros construyéramos una guía de navegación más explícita y compartida en el tema de desigualdades en salud y en utilización de servicios sanitarios (2). Me preocupaba el hecho de que éste es un campo de estudio de la Economía de la Salud para el que la política sanitaria resulta demasiado cercano al de la política a secas y en minúscula.

Recurrir de nuevo al tema es una muestra de que no estoy seguro que lo hayamos logrado. No dudo que todos compartamos el mejor deseo para que nuestro sistema de salud (el conjunto de los servicios públicos) sirva correctamente a la finalidad del bienestar colectivo. En política pública el objetivo no es la eficiencia sino la combinación de eficiencia y justicia en la asignación que la sociedad desea y las leyes reflejan. Por tanto, si queremos ser serios, debemos afinar el objetivo, el “de qué estamos hablando”; comenzando quizás por el nomenclator: “desigualdad pro-pobre puede ser equidad”, pero nunca probablemente deberíamos hablar de inequidad pro-rico (su simétrico), sino de equidad a secas, ya que la desigualdad admite un calificativo más claro que el de equidad (menos diáfano).

Otras muchas cuestiones son de manejo empírico. La investigación revisada (3), aun siguiendo metodologías homologables, no siempre se acompaña de datos a la altura de lo que se pretende analizar. Así la difícil distinción en el recuerdo de los entrevistados entre utilización pública y

privada de servicios, de la financiación privada de gasto privado o de la categorización socioeconómica y de renta de los grupos de usuarios. Abunda además en la literatura revisada la comparación de resultados relativos a diferentes sistemas sanitarios, siempre dejando el poso de un resumen lo más concluyente y directo posible haciendo abstracción de las realidades específicas de cada sistema, método y base de datos; y ya no digamos de la significación estadística de una u otra diferencia que debería matizar una conclusión para la política sanitaria.

También resulta curioso, cuando menos, cómo algunos interpretan los resultados. Por ejemplo, un resultado típico es el de que "individuos con mayor nivel de renta y/o aquellos que tienen suscrito un seguro privado registran, para un mismo nivel de necesidad (supongamos un cálculo adecuado de ésta), una mayor probabilidad de utilizar los servicios sanitarios"; pero la interpretación no es inequívoca si se trata de sobreutilización inapropiada de servicios de coste efectividad dudosos (y en cualquier caso no considerados de interés para su inclusión en catálogo público), o a la vista del hecho de que se hayan pagado privadamente ¿no es una bendición para el contribuyente que éste sea el caso, versus la alternativa de financiación coactiva y generalización de la prestación con el objetivo de reducir desigualdades a través de igualar consumos? Los impuestos tienen coste de oportunidad, generan exceso de gravamen y según qué impuestos aumenten relativamente para financiar el mayor gasto incluso puede aumentar la regresividad fiscal. Por tanto, sin precisar qué consumo se debería igualar con políticas compensatorias y cómo se haya de financiar el gasto que se asocie, las conclusiones no son nada inequívocas. Y en la mayoría de los casos los autores no nos dicen nada al respecto.

Un tema anejo especialmente polémico es el de la financiación privada (si vía primas, más solidario que si vía precios) de prestaciones que son efectivas, pero no coste-efectivas, al menos desde el umbral que políticamente se interprete como tal; por ejemplo, 30.000 euros por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC). Si con seguro privado se accede a estos servicios, ¿cómo interpretar consecuentemente las diferencias? Hay desigualdad ciertamente en utilización en servicios; servicios que la política pública no reconoce como parte de la cesta de bienestar colectivo. ¿Hay inequidad? Inequidad social a juicio del analista puede que sí la haya pero en la medida en que ésta no se reconoce como tal desde la revisión de lo que sea justo socialmente y se traduzca en política pública (del Parlamento, no del analista), no parece que el resultado permita su extrapolación a la política sanitaria. Así parece también que convengan Meneu y Urbanos cuando apuntan que "*lo importante en todo caso no es sólo la magnitud de la inequidad y si ésta es estadísticamente significativa, sino también si es políticamente relevante*" (3); lo que al menos en buena parte debería depender de en qué medida la inequidad se traduzca en desigualdades en resultados de salud y así sea valorado socialmente como para que la representación política lo traduzca al ámbito legislativo y al de las políticas públicas. La visita al dentista es paradigmática de lo que ha sido una desigualdad hasta hace muy poco aceptada públicamente incluso para los niños y ado-

lescentes (no socialmente por el momento para adultos) por mucho que hayamos dicho los estudiosos que "*la equidad del sistema español estaba más en las bocas de nuestra población que en la imposibilidad de ofertar desde el sistema público un precio por cama de acompañante en hospitales*" (2).

Sorprende también cómo se interpretan los resultados cuando, por ejemplo, en las evaluaciones de "equidad" en atención primaria y especializada los resultados divergen, lo que equivale a poner en evidencia el diseño con el que se articulan los niveles y aceptar que la capacidad de elección de usuarios privilegiados rompe los circuitos de utilización racional del sistema, más que devengar patentes de equidad o justificar mayores recursos para uno u otro nivel; o a la vista de cómo la variación interna explica mucho más que la externa las diferencias individuales de utilización, a igual necesidad, más ligadas a las prácticas profesionales que a variables socioeconómicas. Como apuntan Urbanos y Meneu, "*qué representa en definitiva un 15% más o menos de utilización ente grupos socioeconómicos de una intervención sanitaria que presenta diferencias del orden del 300% entre territorios vecinos con poblaciones comparables*" (3). La relevancia del "micro" análisis de utilización lo apuntan certeramente Meneu y Peiró cuando concluyen que "*los resultados sugieren que en el SNS español existen importantes desigualdades entre áreas geográficas, pero que estas son mínimas en los procesos caracterizados por el elevado grado de acuerdo sobre su manejo eficaz, y sensiblemente mayores en los procesos electivos o con mayor incertidumbre sobre las condiciones de su efectividad*" y "*que las desigualdades observadas no muestran de manera sistemática una relación con las variables socioeconómicas*" siendo las diferencias pequeñas, apareciendo "*sólo en las hospitalizaciones que responden a las características de atención «sensible a las preferencias», ya de los pacientes o de los profesionales*" (4). Urbanos y Meneu concluyen que "*el mero cómputo de utilización, sin consideraciones sobre sus contenidos ni resultados –contribución de los servicios concretos a la mejora de la salud– podría estar aportando más ruido que información sobre la equidad del sistema sanitario, al reflejar problemas ajenos al mismo*" (3).

De modo similar sorprende como para algunos la falta de equidad detectada se traslada directamente a la reivindicación de mayores recursos funcionales y territoriales para el sistema sin cuestionar el patrón de gasto ni cómo se debería reorientar el dispositivo asistencial para que, a igual gasto, se puedan redirigir más eficientemente los recursos a los objetivos pretendidos. Señalan en este sentido González y Barber (5), y en similares términos Urbanos y Meneu (3), que el recurrente debate sobre desigualdades territoriales circunscrito a unidades políticas (las Comunidades Autónomas, CC.AA.) pierde buena parte de su sentido cuando se adoptan perspectivas más desagregadas, al mostrar que las desigualdades entre CC.AA. no son mayores que las existentes entre áreas de salud dentro de cada CA. Y ya no digamos la sorpresa que supone aquello que llegaron a concluir algunos de que "*dado que las desigualdades en renta afectan la salud*", "*igualar rentas entre CC.AA. conseguiría doscientas mil muertes evitadas*".

La importancia del tema bien requiere, pues, un mayor esfuerzo de la investigación en economía de la salud, en un campo en que, como decíamos, política y política sanitaria confluyen sobremanera. Sin más espacio en este texto para positivizar la argumentación, más allá de la claridad de conceptos que aquí he pretendido exponer, me atrevo a sugerir al lector los desarrollos metodológicos para una correcta evaluación de impactos de Marcos Vera (6) y de Beatriz González (7), y los estudios de variaciones de prácticas médicas del Grupo VPM-SNS (8-10).

Resumo a continuación de modo escueto los veinticinco tópicos más comunes sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios.

25 Tópicos que requieren una segunda lectura

1. Es un tópico, en financiación autonómica, juzgar como desigualdades territoriales inaceptables las divergencias en gasto. Cuando estamos en presencia de corresponsabilidad fiscal y una Comunidad hace esfuerzos adicionales en recaudación o en priorización de otras partidas de gasto para mejorar los recursos que asigna a su gasto sanitario.

2. Es un tópico, en financiación autonómica, valorar la situación a partir de cifras de gasto definidas en términos capitativos, cuando la financiación central asignada corrige, se supone por equidad, los datos poblacionales (pondera envejecimiento relativo, lejanía u otras compensaciones *ad hoc* aprobadas legítimamente por el Parlamento). El análisis quizás sirva para cuestionar aquellos criterios políticos centrales, pero no para valorar las políticas de los entes descentralizados.

3. Es un tópico, en financiación autonómica, interpretar el aumento del coeficiente de variación en el gasto capitativo posterior a la transferencia como un incremento de la "inequidad" territorial. Estadísticamente el único efecto que supone el inicio de la descentralización es el de explicitar las cifras de gasto hasta el momento escondidas y promediadas por la observación única del gasto capitativo medio del gestor central directo de los servicios territoriales anteriormente a la transferencia.

4. Desigualdades en prestaciones adicionales a las del paquete básico o de calidad diferenciada, cuando la prestación básica se complementa sobre la geografía a través de "iguales" territoriales de origen presupuestario público (por ejemplo, los ayuntamientos aportan, y como tal solidarios si así se desea) difícilmente pueden considerarse "inequitativas". A no ser, quizás, a partir de un concepto de "justicia" que acepte como argumento la "envidia" (11).

5. Desigualdades en partidas aisladas de recursos procedentes de una misma financiación, a igual cuantía de transferencia de recursos, distinto destino en partidas de gasto, éstas analizadas separadamente (así entre categorías de gasto público, gasto social o entre distintas funciones de gasto sanitario), difícilmente puede justificarse como "inequidades". Lo que "pudo ser elegido" (dentro de una financiación consolidada o global) y no fue por decisión individual o colectiva legítima, habiendo contado con

posibilidades de información conocidas, no debiera generar en sus diferencias, derechos a corrección/compensación.

6. Desigualdades no sobrevenidas, sino explícitas presentes en el vector de la elección cuando ésta se realizó, no debieran generar en su evolución, derechos de compensación específicos a aquellas particularidades ex ante conocidas.

7. Las diferencias detectadas en consumo de servicios sanitarios, una vez ajustadas las observaciones por variables exógenas fuera del ámbito de elección del individuo (quizás raza o procedencia en algunos países, quizás educación, quizás estrato socioeconómico, quizás entorno), debidas a diferencias controlables por el individuo, y que por tanto sean resultado de la responsabilidad individual, no debieran ser en principio (a falta de estudios concretos de epidemiología social) susceptibles de ser corregidas por políticas públicas. A no ser que tengamos un concepto de inequidad vertical que haga a los individuos desiguales "a elección" y así beneficiarios de unas determinadas políticas compensatorias (desiguales).

8. Las diferencias en aquellos consumos, que se derivan de una mayor renta, percepciones de estados de salud o aspiraciones utilitarias acerca de los cuidados de salud, respecto de servicios que el sector público ha renunciado explícitamente a su cobertura bajo aseguramiento público, no pueden juzgarse como resultados de una política pública "inequitativa". Si se consideran desde determinadas fundamentaciones de justicia social, le toca a la sociedad trasladarlas en democracia a la política pública. Si se detectan en este sentido consumos privados que se reconoce representan escasa o nula efectividad, no tiene sentido valorar luego su consumo, dentro de medias totales aumentadas (consumo público y privado), para someter sus diferencias a juicio de equidad.

9. Hace falta entender que la equidad es la aplicación de un concepto de justicia al caso concreto. Los valores de lo justo y lo injusto son normativos. Y son distintas las teorías de la justicia social. En consecuencia, al referirse a la equidad, el postulante ha de explicitar en qué teoría de la justicia se "ubica" y basa sus argumentos en el caso concreto. Y ser consecuentes además con ello: por ejemplo, si se es rawlsiano, una globalización que aumenta la desigualdad pero que permite que los pobres sean ahora menos pobres que antes, se ha de aceptar como mejora de bienestar colectivo. Claro está que uno puede tener otras teorías, sobre por ejemplo que lo que importa es la desigualdad relativa y no lo que acontezca a los pobres (¿les preguntamos a ellos?) o que el liberalismo económico al bajar impuestos, reduce globalmente el gasto y deteriora el capital social, y con ello la salud de los más débiles. Aunque por el mismo vale cabría apuntar que los países de corte liberal, con fronteras abiertas son más desiguales porque con las masivas entradas de inmigrantes pobres de otros países deterioran sus índices de igualdad; a costa de su propia cohesión, a diferencia de países más intervencionistas, con fronteras cerradas como mayormente son los nórdicos para mejor preservar su status quo. Conviene aclarar pues del bienestar de quién estamos hablando. O que la creación de empleo y la reducción del pa-

ro son más decisivos para la salud que incrementos de gasto en servicios sanitarios. A no ser que nos creamos aquello de cuanto más gasto social/pib (prestación por desempleo y subsidio de pobreza incluidos), más bienestar!! No se puede cambiar un criterio normativo a conveniencia, y se ha de ser explícito acerca del fundamento normativo del que se parte. Muy pocas veces éste resulta ser el caso.

10. A veces resulta más diáfano referirnos en el análisis pretendido a la igualdad y a la desigualdad como concepto matemático más claro: De desigualdades las hay socialmente aceptables (las mujeres tienen una esperanza de vida mayor) y otras que pueden considerarse inaceptables, tales como la falta de rapidez en atención de problemas que generan dificultades de la vida diaria tales como intervenciones oftalmológicas, sustituciones de cadera, etc. o que quizás por el hecho de no ofertar un tratamiento de efectividad incierta según pacientes sólo los más ricos tengan su oportunidad. Ciertamente en el concepto de desigualdad inaceptable encontramos un referente normativo, un criterio de lo justo. Pero el punto de partida que se calibra es cuantificado con anterioridad y no matiza “ex-post” cualquier otro resultado que se desee corregir “ad hoc”.

11. No tiene lógica alguna asumir ex ante que cualquier financiación tributaria es más equitativa que una financiación por precios. La identificación de con qué impuestos (directos/indirectos) y qué tipo de gasto se financia (sobrec consumo de usuarios, en inputs no vinculables claramente en resultados de equidad...) es decisivo para juzgar su impacto en materia de equidad.

12. Errores de interpretación según se tomen los datos: cuando la utilización no distingue entre consumo público y privado, una mayor utilización, si se ha financiado privadamente, requiere una interpretación distinta como síntoma de inequidad respecto del caso en que se parte tan sólo de consumos públicos.

13. Los copagos evitables, que se reflejan en un determinado nivel de gasto privado, hacen que éstos no puedan ser enjuiciados como inequitativos. La cuantía del copago (el coste de oportunidad respecto de otros bienes) y el ámbito en los que se aplican (alternativas de consumo disponible) dicen mucho más de “equidad” que sus valores medios. Igualmente en lo que se refiere a si el objetivo del copago es frenar consumo o asegurar que los usuarios sufragan efectivamente una parte mayor del coste.

14. Proyectar inequidades de copagos haciendo abstracción de los sistemas sanitarios de referencia, los substitutos de cuidados disponibles en cada caso, los condicionantes distintos a los precios monetarios en el acceso de los servicios, supone en el mayor número de casos predicciones o traslaciones de resultados poco robustas.

15. Los aspectos dinámicos de la equidad son igual o más importantes que los comparativos, aunque los datos para su valoración son más complejos de obtener. En los aspectos dinámicos de la equidad, el ascensor social es decisivo. Se nace pobre de padres pobres y se dejan hijos pobres, o ser pobre se asocia con la edad a lo largo del ciclo vital. Además, si consideramos en la valoración de la equidad cuestiones intertemporales hace falta introducir tasas de descuento, lo que a menudo no se hace. Las di-

ferencias en oportunidades que se presentan sin sesgo sistemático según gradiente social, permiten también en gran medida matizar las fotos fijas de las desigualdades en un momento dado del tiempo.

16. Fuera de la regla de oro de generar deuda en favor tan sólo de gastos de capital, cualquier cobertura de gasto corriente con financiación vía déficit, y así deuda pública, supone una equidad intergeneracional de primer orden que pocas veces se tiene en cuenta.

17. Juzgar el impacto redistributivo de una política exige valorar el presupuesto en incidencia equilibrada y global (ingresos y gastos que aumentan al unísono). Analizar una partida sin la otra no puede reflejar correctamente los impactos sobre la equidad pretendidos.

18. Los registros públicos de datos a menudo están sesgados en nuestro país por las admisiones fuera de protocolo que no registra el sistema, y que a menudo implican un importante clientelismo asociado a grupos de renta más elevada o a políticos influyentes que por esta vía acaban desconociendo el funcionamiento real del sistema sanitario que por el supuesto impacto “equitativo” de éste proponen “consolidar”.

19. Estandarizar para comparar correctamente situaciones resulta aconsejable. Sin embargo, incorporar la oferta financiada privadamente para la estandarización resulta discutible, ya que si se desea identificar usuarios efectivos más que “elegibles” por criterio universal, dicha aproximación “condenaría” a un grupo de población a mantener el uso privado de los servicios y a financiarlos.

20. En materia de desigualdades a partir de autopercepciones de salud, pueden existir sesgos evidentes entre expectativas y realidades, y ajustes condicionantes cambiantes acomodándose a situaciones con distinta calidad de vida. Con ello podríamos llegar a identificar que se aseguran privadamente más los más enfermos (los que perciben tienen menor salud y se identifican como mayores usuarios potenciales de servicios). Si es discutible esto último, también lo es su recíproco: que los valores del sobre consumidor computen en el cálculo de la media para calcular diferencias entre utilización potencial y efectiva.

21. Una prestación deseada por un colectivo que queda fuera de catálogo público equivale a un copago del 100%. Copagos en este sentido los hay siempre en todos los órdenes de la vida. La cuestión para enjuiciarlos correctamente radica en buscar las hipótesis que justifican los ámbitos en que se aplican. Desde la comida de celíacos u otros alimentos hasta balnearios.

22. Un copago aplicado a un colectivo de menor capacidad de pago es más equitativo, por ser más efectivo en el objetivo de reducción de sobreconsumo iatrogénico, que para colectivos de renta elevada. El mayor impuesto para la comida basura o el cribado de cáncer de próstata es un ejemplo paradigmático. Un elevado copago para este cribado y sus intervenciones sucesivas, mientras no se demuestre su efectividad es perfectamente aceptable. Y si el copago consigue mayor reducción de consumo en pobres que ricos, se puede además con ello cerrar brecha en desigualdades en salud (si consideramos los efectos nocivos de las intervenciones evitadas). Del mismo modo, es esperable que campañas educativas generalistas de promo-

ción de salud tengan efectos más regresivos pro-ricos por la mayor sensibilidad de éstos al cambio de hábitos (a menudo, por menores costes de oportunidad de seguir en comportamientos nocivos, todo lo demás igual).

23. En comparaciones transversales de países, el postulado de "ceteris paribus" es especialmente dudoso a la hora de juzgar la inequidad de los copagos, al ser éstos endógenos al conjunto del sistema, a la cultura sanitaria de acceso a los servicios, a la posibilidad de reaseguramiento, a la sensibilidad a su establecimiento versus a su elevación relativa una vez establecidos, a operar como pagos directos o como reembolso inferior al normal, etc.

24. La falacia ecológica en el juzgar diferencias de salud se detecta cuando se olvida que las desigualdades de salud que cuentan son las individuales y no las geográficas. Es alarmante comprobar como las variaciones intraterritoriales superan las medias interterritoriales. Pese a ello se sabe y se investiga más de lo segundo que de lo primero.

25. Un buen cálculo del impacto de una medida ha de analizar no sólo usos sino el impacto en recursos (por ejemplo, gravar selectivamente un producto por razones de equidad aparente, pero que por concentración de producción, intensidad de la relación trabajo capital, calificación de la oferta de trabajo, etc., puede acabar teniendo un mayor impacto sobre la equidad que la mejora de equidad pretendida gravando consumo (baja la demanda, disminuye la producción y según intensidad relativa de recursos disminuyen los salarios y/o aumenta el paro).

Consideración final

La solvencia de los argumentos es un requisito necesario para defender lo sustantivo del estado del bienestar contra sus entusiastas, que en razón de tópicos instalados acaban dificultando la propia legitimación de las políticas sociales. Para la robustez de los análisis en un campo tan importante como el de las desigualdades en salud, es buena la claridad de conceptos, amén de un buen uso del instrumental metodológico y de datos adecuados al propósito del análisis.

En este texto hemos ofrecido una reflexión dirigida básicamente a ayudar a clarificar el ámbito conceptual: ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de equidad? Desigualdades las hay en muchos campos relevantes de la vi-

da. Lo importante es saber identificar qué desigualdades en salud deben ser objeto de políticas públicas (y cuáles no), y cómo proceder a su corrección desde las asignaciones de recursos sanitarios, a escala geográfica, funcional e individual o de grupo. La eficacia de la relación servicio sanitario y salud es condición necesaria. La condición suficiente es la priorización política que dicha asignación reciba. La equidad como expresión de la justicia al caso concreto ha de permitir concretar las desigualdades inaceptables socialmente. Podríamos decir que, en general, el tema de las desigualdades de salud es demasiado importante como para ser tolerante con el buenismo político del que se envuelven, y con la falta de rigor con el que algunas veces se analizan.

Referencias

- (1) Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ.* 1993;12(4):431-57.
- (2) López Casanovas G. Recuperar la agenda de investigación sobre la equidad para el debate sanitario. *Economía & Salud.* 2000; 13(37):1-2.
- (3) Urbanos R, Meneu R. La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En: Rodríguez M, Urbanos R, eds. *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción.* Elsevier, Barcelona; 2007. *En prensa.*
- (4) Meneu R, Peiró S. Efectividad de los tratamientos y desigualdades en utilización de servicios sanitarios. En: Rodríguez M, Urbanos R, eds. *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción.* Elsevier, Barcelona; 2007. *En prensa.*
- (5) González López-Valcárcel B, Barber P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España (Documento de Trabajo 90/2006). Fundación Alternativas, Madrid; 2007.
- (6) Vera-Hernández M. Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit.* 2003;17:238-48.
- (7) González López-Valcárcel B. Métodos cuantitativos y "benchmarking": Su utilidad para orientar las políticas públicas. *Ekonomiáz.* 2005; 11(60): 122-39.
- (8) Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, et al. Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2007;2(2):151-74.
- (9) Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, et al. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2006;2(1):117-28.
- (10) Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, et al. Variaciones en intervenciones de cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2005;1(2):63-81.
- (11) Varian HN. *Microeconomía intermedia* (7ª edición esp.). Antoni Bosch editor S.A., Barcelona; 2007.