

**EDITORIAL**

## Equidad, sistema nacional de salud y autonomías

La equidad admite diversas acepciones teóricas fundamentadas en distintas concepciones del hombre y de la sociedad. Para el propósito de estas líneas basta la consideración empírica de equidad como juicio social acerca de lo que es justo. Esta acepción empírica de equidad, primero, no se equipara con igualdad porque en ocasiones la desigualdad se juzga justa; segundo, es observable en nuestras reglas de juego político (Constitución, Estatutos de Autonomía, Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas-LOFCA y Ley General de Sanidad-LEGSA); y, tercero, es relativa: depende del país, del bien o servicio afectado y del tiempo, como muestra la evolución de los resultados electorales.

En nuestro país, el sistema nacional de salud está esencialmente motivado por una concepción de equidad plasmada legalmente como igualdad de acceso a los servicios sanitarios en función de la necesidad (epidemiológica o médicamente definida), que obliga a considerar independientes la utilización de servicios y la capacidad de pago, lo cual, a su vez, exige financiar públicamente los servicios sanitarios.

La financiación de las competencias transferidas a las Autonomías en materia sanitaria se sustrajo a la LOFCA al ser caracterizadas aquéllas como prestaciones de la Seguridad Social (tal vez para retener mayor control central). La LEGSA estableció una financiación de las Autonomías asintóticamente poblacional. En un trabajo previo<sup>1</sup> se revisaron formas de distribuir recursos sanitarios que se ajustaran a las necesidades mejor que la mera población relativa. Por otra parte, las Autonomías requieren,

como su denominación indica, cierta capacidad para influir en la tributación, de forma que permita satisfacer aspiraciones colectivas por encima de los mínimos comunes homogéneos, así como alguna responsabilidad en la gestión; todo ello puede resultar en un nivel diferente de provisión de servicios sanitarios entre CCAA. Pero no se tratará aquí la tensión autonomía-solidaridad, eficiencia-equidad, para centrar la atención en aquellos aspectos, tan olvidados como importantes, de los que en última instancia depende la salud de los individuos, titulares originarios de los derechos individuales.

En España, la desigualdad interregional en cuanto a la renta es escasa, si se procede a la inevitable comparación europea<sup>2</sup>, lo que concedería una importancia más secundaria que la que actualmente tiene a las políticas de redistribución territorial basadas en diferentes niveles de gasto público per cápita. No obstante, la cuestión clave, desde una perspectiva de equidad interindividual, con las personas como titulares de derechos, es que la contribución de la desigualdad regional a la explicación de la desigualdad interpersonal en la distribución de la renta es del 10 % del valor de su índice<sup>2</sup>. La desigualdad depende, por tanto, en un 90 % de otros factores. La determinación del subsidio de desempleo, la distribución de los fondos de empleo comunitario, las pensiones y el impuesto sobre la renta son los instrumentos que permiten incidir efectivamente en la distribución de la renta. E incidir efectivamente en la distribución personal de la renta supone condicionar una parte muy substancial de los determinantes del estado de salud. Combatir, en cambio, la desigualdad

individual con mayor gasto sanitario supone errar en el instrumento. Centrarse en la dimensión geográfica del gasto cuando las diferencias importantes en renta son las que se producen entre individuos implica castigar a las poblaciones más pobres de las regiones más ricas.

Una desigualdad interregional escasa y unas diferencias entre individuos que no dependen de su Autonomía de residencia abogan por una financiación de las Autonomías con criterios de población relativa. El eventual mayor gasto en servicios sociales de las comunidades más pobres viene compensado por una mayor necesidad de gasto en transportes y comunicaciones en las regiones más ricas. En lo referente a sanidad, dado que cada Autonomía esgrime los criterios de necesidad que le son más favorables, los ajustes por edad, sexo y flujos intercomunitarios serían, de momento, mejora práctica suficiente en el marco de una política que atienda a las desigualdades que más importan, las individuales, con los instrumentos de redistribución de renta pertinentes.

V. Ortún

Universidad Pompeu Fabra.  
Barcelona.

### Bibliografía

1. Ortún V. Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España. *Gac San* 1987; 1: 69-77.
2. Calsamiglia X, Esteban JM, Planas MA, Ponsati C. *La financiación de las Comunidades Autónomas*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1991.