

Equidad en el acceso a los servicios sanitarios: una revisión de la evidencia disponible

Rosa M. Urbanos

Laburpena: Honako artikulua honetan Espainiako osasun-zerbitzuak eskura izateko eta erabiltzeko ekitateari buruzko ebidentziak berrikusten dira, Osasun Sistema Nazionalan azken hogeitertan izandako ebidentziak, hain zuzen ere. Aztertutako ikerketa horien arabera, sozioekonomikoki egoera onean daudenek osasun-zerbitzu espezializatuak erabiltzen dituzte, nahiz eta guztiek ere behar bera izan; eta alderantziz, sozioekonomikoki egoera txarrean daudenek lehen mailako arreta-zerbitzuak erabiltzen dituzte gehien. Hala ere, emaitzek desberdintasun horiek denboran zehar eboluzio ona izan dutela erakusten dute. Bestalde, artikulua honek ohartarazten du eremu honetako ikerketen emaitza onak biztanle jakin batzuen eta diagnostiko eta tratamendu jakinen ekitatea urratzen duten egoerak ezkututzen dituztela. Azkenik, osasun-sisteman egindako aldaketek ere sistemaren ekitatean eraginak izan ditzaketela islatzen du.

Resumen: El presente artículo revisa la evidencia disponible sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios en España para un período que alcanza los últimos veinte años del Sistema Nacional de Salud. Los estudios recopilados muestran de manera sistemática cómo la utilización de los servicios especializados tiende a concentrarse, a igual necesidad, en los individuos de mejor posición socioeconómica, mientras lo contrario ocurre con los servicios de atención primaria. No obstante, los resultados muestran una favorable evolución de las desigualdades a lo largo del tiempo. Por otra parte, el artículo alerta de cómo los buenos resultados obtenidos por los estudios de ámbito macro pueden estar enmascarando situaciones de vulneración de la equidad que se producen en el ámbito de colectivos de población específicos o diagnósticos y tratamientos concretos. Finalmente, el texto reflexiona sobre el posible efecto que algunas reformas sanitarias pueden tener sobre la equidad del sistema.

1. La equidad en el Sistema Nacional de Salud: un objetivo prioritario

Las razones que han llevado al Sector Público en España a estructurar el sistema sanitario como una red asistencial de cobertura universal y gratuita se derivan de una preocupación notable por la equidad, más que de los problemas generados por el libre funcionamiento de los mercados competitivos (argumento de eficiencia). De todos es sabido que los fallos de mercado que caracterizan el sector sanitario podrían resolverse mediante algunos instrumentos de regulación y mediante cierto grado de participa-

ROSA MARÍA URBANOS es profesora Titular de Economía Aplicada en la Universidad Complutense de Madrid y actualmente trabaja como asesora en el Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo.
E-MAIL: urbanos@ccee.ucm.es

ción pública en la financiación. En realidad, la cuestión del aseguramiento obligatorio, elemento central de los argumentos intervencionistas, podría resolverse sin necesidad de que el Sector Público fuese el proveedor -y en la mayor parte de los casos, productor- del servicio, y sin que la prestación se realizase de manera gratuita.

Esta preocupación por la equidad, que se deja ver claramente en el modo en que se ha configurado el sistema sanitario público en España, se hace explícita asimismo en sus principales textos legales. En particular, la Ley General de Sanidad de 1986 establece entre sus principios generales la igualdad de acceso a las prestaciones y la corrección de las desigualdades sanitarias. Por su parte, en la Ley de Cohesión y Calidad aprobada en 2003, -una vez se completó el proceso de descentralización de las competencias sanitarias-, se expone que la citada norma establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, *“de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud”* (art. 1). Nuevamente la equidad se halla definida como la garantía del acceso a las prestaciones y del derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva.

Se puede pues concluir que la intervención del Sector Público español en el ámbito sanitario responde a argumentos igualitarios, que defienden la garantía de una atención médica independiente del lugar de residencia y de la capacidad económica de los individuos. Es en este segundo aspecto en el que se centra el presente artículo, en el que se revisa la evidencia reciente que se puede extraer de los estudios empíricos dedicados a analizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

2. ¿Cómo se cuantifica la (in)equidad?

Pese a que la preocupación de las autoridades españolas se centra principalmente en el logro de la igualdad de acceso, son múltiples los inconvenientes que subyacen a este criterio en el ámbito aplicado. En particular, el criterio de igual acceso a igual necesidad (entendido como igualdad de oportunidades teóricas al consumo de atención sanitaria) no tiene en cuenta aspectos con implicaciones potenciales en la equidad, tales como las posibles diferencias en la actitud de los profesionales médicos ante pacientes con distintos grados de información. Por otro lado, el análisis de los factores que originan diferencias significativas en la utilización efectiva también está relacionado con el ámbito de la desigualdad sobre la que el Sector Público puede actuar. Por estos y otros motivos -como la mayor facilidad para su medición- es habitual que el criterio elegido para evaluar la equidad sea el de igualdad de utilización a igual necesidad.

Para cuantificar la inequidad, la metodología habitualmente empleada en los trabajos aplicados calcula la diferencia entre el consumo sanitario real y la necesidad de atención médica de los individuos, una vez se ha ordenado a la población en función de su capacidad económica, mediante el empleo de curvas de concentración. El índice de Wagstaff y van Doorslaer, que es el más frecuentemente utilizado para medir la equidad, se expresa del siguiente modo:

$$HI_{WT} = 2 \int_0^1 [L_N(R) - L_M(R)] dR = C_M - C_N$$

donde C_M es el índice de concentración del gasto real, y C_N el índice de concentración de la necesidad. Cuando $HI_{WV} > 0$, la inequidad horizontal favorece a los individuos o grupos mejor situados, mientras que lo contrario ocurre cuando el índice toma valores negativos. En el caso de que $HI_{WV} = 0$, se concluye que no existe inequidad horizontal asociada a la capacidad económica.

La necesidad, en este caso, se aproxima a partir del consumo que habría correspondido a un individuo si éste hubiera sido tratado de la misma forma que el resto de la población con las mismas características de salud (sexo, edad, morbilidad, etc.). O, expresado en otros términos, la necesidad representa el consumo "ideal" o de referencia que debió recibir cada individuo, obtenido por comparación con el resto de la población de características relevantes similares. Según este índice, si un porcentaje cualesquiera de la población más pobre consume una proporción del gasto sanitario total menor (mayor) a la correspondiente a su nivel de necesidad, existirá inequidad que favorecerá a los individuos mejor (peor) situados económicamente. En resumen, cabe definir la desigualdad en el acceso como aquellas diferencias entre el uso de servicios sanitarios entre individuos con diferente posición socio-económica que no se explican por una mayor necesidad de los mismos.

3. La equidad de acceso en el sistema sanitario español: una revisión de la evidencia disponible

La evidencia científica sobre la equidad en la utilización de servicios sanitarios se ha multiplicado en los últimos años, tanto en lo que se refiere al ámbito de España como en lo que respecta a otros países desarrollados. La actividad del grupo ECUITY, formado por investigadores de 15 países, ha permitido además contar con algunos estudios comparativos que, empleando la misma metodología, obtienen resultados para un conjunto de países entre los que se incluye el nuestro, que pretenden además de medir el grado de equidad en el acceso (utilización), desentrañar el origen de las desigualdades y vincularlas con el modo en que están organizados los distintos sistemas sanitarios. Al repaso de los principales resultados de algunos de estos trabajos se dedica el presente epígrafe.

El primer trabajo que aplica la metodología de Wagstaff y van Doorslaer al caso español es el de Urbanos (2000). A partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud correspondientes a los años 1987, 1993 y 1995, dicho estudio comprueba que a lo largo de todo el período de análisis se registra cierta inequidad pro-ricos en la prestación pública tanto de consultas de atención especializada como de número de días de hospitalización. Precisamente es en estos dos tipos de prestación sanitaria donde el profesional juega un papel fundamental en la determinación del consumo final. No obstante, en el caso de las consultas al médico especialista los índices de inequidad relativa sólo resultan claramente significativos en 1987. El consumo de consultas al médico general (con meno-

res barreras de acceso que la atención especializada) se concentra por el contrario en los individuos de menor capacidad económica para todo el período considerado. Además, se observa que la magnitud de los índices de inequidad asociados a las visitas al médico general es superior en los dos últimos años analizados.

Para explicar estos resultados se argumenta habitualmente que los individuos de mayor nivel educativo, o pertenecientes a la clase social media o media-alta, tienen una mayor facilidad para “moverse” por el sistema sanitario. Tal y como indican Allis et al (2006), los más privilegiados pueden tener mejor capacidad para reconocer sus necesidades, identificar los servicios disponibles y solicitar de sus médicos de atención primaria servicios más complejos. También se ha sugerido que la mayor utilización que hacen los individuos más privilegiados socialmente puede explicarse por su mayor deseo o predisposición a buscar cuidados y respuestas más apropiadas a los síntomas. Otra explicación posible al sesgo en la distribución de las visitas al médico de atención primaria a favor de los individuos de menor renta tiene que ver con el hecho de que una parte de los motivos de consulta al médico general pueden estar reflejando necesidades sociales distintas a los problemas de salud (Regidor et al., 2006).

En Urbanos (2001), el ejercicio se repite para los datos de la Encuesta de Salud de 1997, si bien los índices resultan estadísticamente no significativos salvo para la atención de urgencias, que registra una cierta inequidad pro-ricos.

Estos mismos resultados son similares a los obtenidos a partir de otras fuentes de datos por estudios de ámbito internacional. En van Doorslaer y otros (2003) se presenta un ejercicio de medición de la equidad en la utilización de consultas médicas en un total de 12 Estados miembros de la Unión Europea entre los que se incluye España. Los datos empleados están referidos al año 1996, y se extraen del Panel de Hogares de la Unión Europea, que contiene un cuestionario común para todos los países. El trabajo examina dos tipos de consumo (probabilidad de una primera visita y número condicionado de visitas) para dos tipos de atención sanitaria (médico general y médico especialista), si bien en esta ocasión no se discrimina entre atención pública y privada.

Los resultados del trabajo muestran muy poca (o ninguna) evidencia de inequidad relacionada con la renta en la probabilidad de visitar a un médico de familia. El total de visitas, sin embargo, sí muestra una cierta distribución pro-pobres. En contraste, se encuentra una inequidad pro-ricos significativa en prácticamente todos los países estudiados en lo que respecta a la probabilidad de contactar a un médico especialista. A pesar de su menor necesidad de atención médica, los individuos con mayor nivel de renta y nivel educativo presentan una mayor probabilidad de visitar al médico especialista que los individuos menos favorecidos socialmente. Este fenómeno es generalizado para Europa pero, tal y como muestran los resultados del estudio de van Doorslaer y otros, resulta más acusado en aquellos países donde el aseguramiento privado o la práctica de la sanidad privada constituyen opciones para comprar un acceso preferente o más rápido. La inequidad pro-ricos que se registra en las visitas sucesivas al especialista se añade a la inequidad de acceso, pero parece estar más relacionada con desigualdades regionales en el uso que con otros factores. Así, el trabajo muestra cómo un porcentaje importante de la inequidad registrada en España se debe al elevado uso de consultas al especialista que tiene lugar en Madrid.

En el caso de la atención primaria, los índices de inequidad resultan no significativos en 7 países, ligeramente pro-pobres en España y Dinamarca, y significativamente pro-ricos en Bélgica, Reino Unido y Países Bajos. Sin embargo, la magnitud de los índices es muy reducida en todos los casos. En lo que respecta a la probabilidad de contacto, sólo se aprecia un pequeño grado de inequidad horizontal relacionada con la renta. Sin embargo, cuando se analiza la segunda fase del proceso de demanda la inequidad tiende a favorecer más a los grupos de renta bajos, y resulta significativa en 8 de los 12 países.

El trabajo citado viene a concluir que en los países europeos, a pesar de décadas de cobertura universal y amplias prestaciones, los patrones de utilización sugieren que los ricos y los pobres no son tratados igual por el sistema sanitario. Ante niveles de necesidad similares, el acceso y la utilización de los servicios de médicos especialistas son más altos para los grupos de mayor renta. Sólo en algunos países, como en Irlanda, España o Bélgica este hecho parece relativamente compensado por los patrones pro-pobres en la utilización de la atención primaria.

El mismo ejercicio se ha realizado para una muestra distinta de países y con datos más recientes (referidos al año 2000), aunque para el caso de España y otros países europeos han sido extraídos de la misma fuente –el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE)- (van Doorslaer y otros, 2006). En este caso, España sigue apareciendo como uno de los países donde la inequidad en el acceso al médico general no es significativamente distinta de cero. Otros países europeos, sin embargo, como Finlandia y Portugal, muestran índices significativos que señalan la existencia de discriminación en el acceso a favor de los individuos de mayor nivel de renta. Lo mismo sucede con Méjico o Estados Unidos (países en los que no existe cobertura universal). Las diferencias que se registran entre los distintos países de la OCDE desaparecen cuando lo que se examina es el acceso al médico especialista. En este caso, de manera sistemática se produce una distribución en la utilización de estos servicios que favorece a los individuos mejor situados socialmente para el mismo nivel de necesidad. Esto ocurre especialmente en los países que ofrecen la opción de acudir al sector privado (téngase en cuenta que no se mide sólo el acceso al sector público), como sucede en España, pero también tiene lugar en países que carecen de esa opción y donde el médico de atención primaria ejerce de “gatekeeper” (es el caso de Dinamarca, Noruega y Suecia). Además, en la mayor parte de los países analizados el grado de inequidad es mayor para el número de visitas al especialista que en lo que concierne a la probabilidad de que se produzca la primera visita, lo que refuerza el patrón inducido por la distribución inequitativa de la probabilidad de la visita.

La discriminación a favor de los más pobres, por ejemplo mediante exenciones en los copagos (como en Irlanda) o a través de copagos más reducidos (como en Bélgica), se ofrece como posible explicación de la distribución pro-pobres que se registra en las visitas al médico de atención primaria. Por otra parte, la inequidad pro-ricos aparece particularmente elevada en Portugal, Finlandia, Irlanda e Italia, cuatro países donde el seguro privado y los pagos directos juegan un papel importante en el acceso a los servicios de atención especializada.

Por su parte, Costa y Gil (2005) examinan la inequidad en la utilización de visitas al médico (sin distinguir entre médico general y especialista) y en atención hospitala-

ria. Una de las principales novedades de este trabajo consiste en examinar las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios por CCAA. El año de estudio es 2001, y la base de datos utilizada la Encuesta Nacional de Salud del mismo año. Los resultados alcanzados apuntan a la ausencia de desigualdades significativas en la utilización de servicios médicos y hospitalarios ya que son muy reducidas y poco significativas. Existen, no obstante, diferencias significativas entre CCAA que los autores relacionan con el impacto que la descentralización ha tenido sobre la forma de provisión de los servicios sanitarios.

Finalmente, el trabajo de García y López (2006) analiza la evolución de la inequidad en el acceso a la atención sanitaria en España (definida como la probabilidad de visitar a un médico, utilizar los servicios de urgencia y ser hospitalizado) entre los años 1987 y 2001, nuevamente con datos extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud. En el año 1987 los índices de inequidad referidos a las visitas totales al médico y a las hospitalizaciones muestran un grado significativo de inequidad pro-ricos, y en ambos casos tanto la renta como la tenencia de un seguro sanitario privado contribuyen positivamente a la inequidad. Este hecho significa que los individuos con mayor nivel de renta y/o aquellos que tenían suscrito un seguro privado registraban, para el mismo nivel de necesidad, una mayor probabilidad de utilizar los servicios sanitarios. No obstante, los índices de inequidad para el año 2001 no resultan significativos. Lo que ha variado en el período analizado no es sólo la magnitud de los índices de inequidad, sino también la contribución relativa de las distintas variables estudiadas a dicho índice. Así, en el año 2001 se observa que la renta ha reducido de forma importante su impacto sobre el índice de inequidad, mientras el hecho de poseer un seguro privado ha aumentado su influencia sobre la desigual distribución de la utilización de los servicios sanitarios entre la población. Este último hecho se explica por dos motivos: en primer lugar, porque los seguros se han concentrado aún más entre los individuos de mayor renta; en segundo lugar, porque la elasticidad de la demanda de los servicios sanitarios también se ha incrementado entre 1987 y 2001.

Es importante destacar una de las limitaciones que caracteriza a los trabajos citados. Ha de tenerse en cuenta que la equidad se calcula por comparación de cantidades consumidas (número de visitas al médico, etc.), sin que se conozca si existen diferencias en la calidad, y no sólo en la cantidad, de la atención recibida. Lo importante en todo caso, como mencionan van Doorslaer et al. (2006), no es sólo la magnitud de la inequidad y si ésta es estadísticamente significativa, sino también si es políticamente relevante. Este hecho dependerá en buena parte de en qué medida la inequidad en el acceso se traduzca en desigualdades en los resultados en salud.

Por otra parte, es necesario precisar que los trabajos anteriores se encuentran referidos al conjunto de la población adulta y al conjunto del sistema sanitario, aunque también es posible encontrar alguna evidencia para colectivos específicos o para tratamientos concretos.

En este sentido, cabe citar que algunos estudios recientes analizan la utilización de los servicios sanitarios por parte de los colectivos de inmigrantes. Los escasos trabajos que existen al respecto (Cots et al., 2007) coinciden en destacar la infrautilización

global de éstos (falta de información y recursos, barreras de acceso culturales e idiomáticas o desconocimiento del sistema sanitario...), y más uso relativo de los servicios de urgencias para contrarrestar y superar las barreras de acceso del resto de servicios. No obstante, el trabajo citado muestra cómo las tasas de frecuentación de urgencias (controlando por variables de edad y sexo) son menores en la población inmigrante en todos los servicios excepto en el de ginecología y obstetricia.

Con respecto al ámbito de estudio, es conveniente reflexionar acerca de que los buenos resultados que en general registra España en los estudios de equidad aquí mencionados pueden estar ocultando resultados no tan favorables cuando se descien- de a analizar diagnósticos o tratamientos concretos. El trabajo de Cano-Serral et al. (2006) analiza las desigualdades sociales relacionadas con el cuidado y el control del embarazo para una muestra de mujeres embarazadas de la ciudad de Barcelona. Los resultados del análisis son rotundos y muestran la existencia de diferencias significati- vas entre clases sociales, de tal manera que las gestantes de clases menos favorecidas llevan a cabo un peor cuidado y control del embarazo en la mayor parte de los indica- dores empleados. Así, se comprueba que existe un porcentaje más elevado de mujeres pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas que realizan menos de 6 visitas al obstetra y que realizan la primera visita después del primer trimestre de la gesta- ción. Además, estas mujeres tienen menor probabilidad que el resto de ser sometidas a una prueba invasiva diagnóstica (como la amniocentesis), de tomar ácido fólico, plani- ficar el embarazo o abandonar el consumo de tabaco durante la gestación. Por el con- trario, las embarazadas de las clases sociales más privilegiadas realizan en una mayor proporción más de 12 visitas al obstetra y más de 3 ecografías (cuando el rango reco- mendado en los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se sitúa entre 6-12 visitas, en el primer caso, y entre 1-3 ecografías, en el segundo). Aunque estas mujeres realizan un mejor cuidado y control del embarazo, se constata que están en exceso medicalizadas. De hecho, el estudio comprueba que en todas las clases sociales existe un exceso de utilización de los dispositivos asistenciales y prue- bas clínicas, si bien la medicalización es superior en las clases más altas. Finalmente, el único indicador que no presenta diferencias estadísticamente significativas entre cla- ses sociales corresponde a la realización de una ecografía en el quinto mes de embara- zo, recomendada para “descartar o detectar la mayor parte de las anomalías congéni- tas anatómicas que puede presentar el feto” (op. cit., pág. 28).

Como se ha podido comprobar, es habitual que los estudios interesados por eva- luar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios empleen como indicador del acceso las diferencias en la utilización de los mismos. Pero también es posible encon- trar evidencia acerca de las desigualdades en el acceso entendido de forma estricta. El trabajo de Regidor y otros (2006) aborda entre otros temas la cuestión de si los tiempos de espera para acceder a las consultas del médico general, médico especialista y servi- cios de hospitalización difieren según los ingresos económicos del hogar. A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el análisis refleja que no se obser- van diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera en el lugar de la consulta, ni en el médico general ni en el especialista. Por el contrario, se constata que los individuos con menores ingresos económicos esperan más tiempo para ser hospitalizados mediante ingreso ordinario (no urgente), tanto en las hospitalizaciones

financiadas públicamente como en el conjunto de hospitalizaciones. Aunque el estudio no estandariza por necesidad, si se tiene en cuenta que ésta tiende a concentrarse sistemáticamente en los sujetos de menor nivel de renta, es de prever que la conclusión se viese reforzada tras el ejercicio de estandarización.

La explicación dada por los autores para este resultado coincide con los argumentos ofrecidos para explicar el por qué de la inequidad pro-ricos que se registra de forma habitual en el consumo de consultas al médico especialista: *“probablemente esto se deba a que los individuos con mayor nivel socioeconómico tienen un mejor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y una mayor facilidad para resolver los problemas burocráticos ligados a la accesibilidad, lo que les permite evitar en muchos casos los criterios jerárquicos establecidos en las listas de espera”* (op.cit., pág. 357). Una explicación adicional, aunque no testada hasta el momento, tiene que ver con el nivel de contactos y relaciones que cada individuo tiene con los profesionales del sistema sanitario, y que no es improbable que resulte más intensa para los sujetos pertenecientes a las clases sociales más privilegiadas.

4. Equidad, copagos y reformas sanitarias

Los estudios revisados en el apartado anterior analizan la equidad en la utilización de servicios que, al menos en España, están exentos de cualquier tipo de copago si el paciente opta por acudir al sector público. Es obvio que la decisión de consumir cualquier bien (salvo que su demanda o su oferta sean perfectamente inelásticas) se ve afectada por la variable precio y que, por lo tanto, la presencia de un copago tiende a reducir la atención sanitaria consumida y a alterar la distribución del consumo entre individuos dependiendo de cuál sea su capacidad económica. El caso extremo se produce cuando una prestación está excluida de la cobertura pública y, en consecuencia, sometida a un copago (o participación en el coste por parte del usuario) del 100%. Un ejemplo relevante a este respecto corresponde a la atención dental en el SNS, si bien es cierto que determinados tratamientos sí se financian públicamente, y que algunas Comunidades Autónomas –como Navarra y País Vasco– han incluido en su cartera de servicios la atención bucodental para la población infantil y adolescente.

Un estudio reciente analiza la equidad para esta prestación con datos españoles referidos al año 1997. Así, Stoyanova (2004) demuestra la existencia de una inequidad significativa en la distribución de la asistencia dental, que claramente favorece a los segmentos de mayor capacidad económica. Más concretamente, la inequidad pro-ricos se registra en la utilización de la atención preventiva (como el diagnóstico o la limpieza bucal), la atención básica de restauración y los servicios estéticos, mientras las extracciones dentales (único servicio cubierto por el conjunto del SNS para toda la población) es el único tipo de atención dental con una distribución desigual que favorece a la población con menos recursos económicos. Estos resultados son coherentes con la existencia de una importante barrera al acceso como la que supone tener que hacer frente al coste del tratamiento recibido.

Más allá de la discusión acerca de qué prestaciones deben o no estar incluidas en la financiación pública, para lo que en todo caso debería contarse previamente con

estudios de viabilidad, es interesante observar cómo la reflexión sobre la conveniencia de establecer copagos limitados sobre ciertos tipos de servicios sanitarios se sitúa recurrentemente encima de la mesa, especialmente vinculada al debate de la financiación. Este instrumento, básicamente diseñado para racionalizar el consumo, concienciando al paciente del coste de los servicios e intentando responsabilizarle en el uso de los mismos, tiene a su vez repercusiones sobre la equidad que dependen de manera crítica de su diseño. No tendrá el mismo efecto un copago idéntico para todos los usuarios que uno que discrimine en función de la renta o que establezca exenciones para determinados grupos de población.

Aunque no es objeto de este trabajo analizar de forma pormenorizada la casuística de los posibles copagos y sus efectos esperados sobre la equidad de acceso, resulta de interés observar con algún detalle algunas de las reformas más recientes que afectan a los países de nuestro entorno. Es el caso, por ejemplo, de la reforma alemana.

En Alemania se pretenden introducir penalizaciones financieras para aquellas personas que contraigan una patología cancerígena y no hayan participado previamente en los programas de cribado (Velasco y Busse, 2006). Estas multas también irán dirigidas a enfermos crónicos que no hayan seguido el tratamiento en el despistaje de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes. Según indican Velasco y Busse, *“si bien la primera medida supone un paso hacia la racionalización, la segunda ignora completamente las controversias e inseguridades en la evidencia científica sobre programas de despistaje, dando por sentado que éstos aportan más beneficios que riesgos”*. Los autores contemplan dichas medidas desde un punto de vista crítico pero parcial, pues sólo consideran aspectos de eficiencia a la hora de evaluar la conveniencia de su implantación. No obstante, las implicaciones que estas reformas pueden tener sobre la equidad también son dignas de mención. En tanto en cuanto los individuos con menor nivel educativo (y por tanto posiblemente menos conscientes de la necesidad de someterse a programas de cribado) utilicen menos los servicios preventivos, existirá de partida una desigualdad en el acceso que no hará sino acentuarse si se establece una penalización financiera sobre el tratamiento.

Lo mismo ocurre con los enfermos crónicos, que además tienden a concentrarse relativamente más en los grupos de renta más bajos. Es necesario tener en cuenta que el grado de cumplimiento de los tratamientos estará seguramente influido por las características socioeconómicas de los individuos, y es de esperar que, a mayor educación/renta, mayor grado de cumplimiento, por lo que de nuevo las penalizaciones, más allá de su coherencia o no con la búsqueda eficiencia, probablemente contribuirán a agrandar el gap de equidad existente.

El caso británico es aún más radical, puesto que el NHS estudia no dar prioridad a los pacientes que “no se cuiden” al no seguir hábitos de vida saludables, como personas con obesidad y los adictos al tabaco y el alcohol (se trata pues de una barrera que ni siquiera puede franquearse pagando, como en Alemania). Teniendo en cuenta cómo se distribuyen los hábitos de vida poco saludables entre clases sociales, es fácil de prever el efecto de una medida como esta.

Afortunadamente, políticos y expertos españoles coinciden en priorizar la equidad frente a la posibilidad de reducir el gasto sanitario, desechando la idea de la discriminación por hábitos (véase Diario Médico, 2 de enero de 2007). Si bien es cierto

que es necesario articular políticas que permitan que el sistema sanitario público sea sostenible en el largo plazo, parece razonable tratar de anticipar previamente sus posibles efectos sobre aquellos principios que son considerados pilares básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Allin, S. Masseria, C. Mossialos, E. (2006). *"Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data"*. Working Paper 1 / 2006, LSE Health.
- Cano-Serral, G. Rodríguez-Sanz, M. Borrell, C. Pérez, MM. Salvador, J. (2006). *"Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo"*. Gaceta Sanitaria 1(20):25-30.
- Costa, J. Gil, J. (2005). *"Generación de desigualdades en salud: en búsqueda de un modelo explicativo en España"*. (Documento no publicado).
- Cots, F. Burón Castells, X. Riu, M. García, O. Vall, O. (2007). *"Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant"*, en *Estudis d'economia de la Salut*. DG de Planificació i Avaluació, Generalitat de Catalunya, pp. 91-109.
- Diario Médico. (2007). *"Los partidos rechazan de plano la discriminación por hábitos"*. Diario Médico 2 de enero: 3.
- García, P. López, A. (2006). *"The evolution of inequity in the access to health care in Spain: 1987-2001"*. Working Paper 756. Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Regidor, E. Martínez, D. Astasio, P. Ortega P. Calle, ME. Domínguez, V. (2006). *"Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI"*. Gaceta Sanitaria 5(20):352-359.
- Urbanos, R. (2000). *"La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995"*. Hacienda Pública Española 153(2): 139-160.
- Urbanos, R. (2001). *"Measurement of inequity in the delivery of public health care: evidence from Spain (1997)"*, Documento de trabajo 2001-15. FEDEA.
- Stoyanova, A. (2004). *"Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain"*. Ph Dissertation. Universitat de Barcelona.
- Van Doorslaer, E. Koolman, X. (2004). *"Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries"*. Health Economics 13(7): 609-628.
- Van Doorslaer, E. Koolman, X. Jones, A.M. (2004). *"Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe"*. Health Economics 13(7):629-648.
- Van Doorslaer, E. Masseria, A. Koolman, X. for the OECD Health Equity Research Group. (2006). *"Inequalities in access to medical care by income in developed countries"*. Canadian Medical Association Journal 174(2):177-183.
- Velasco, M. Busse, R. (2006). *"Críticas al proyecto de reforma de la sanidad en Alemania"*. Diario Médico 5 de enero de 2007.