

**Vicente Ortún, Rosa Urbanos**

## **Políticas más adecuadas para reducir las desigualdades en salud**

Asociación de Economía de la Salud, *aes.es*,  
3 de noviembre de 2021.

La Fundación Ernest Lluch, junto con la Obra Social de la Caixa, está organizando un ciclo de debates sobre desigualdad, en el que tuvimos el placer de participar en su segunda sesión\* con el título de esta entrada, sobre la cual desarrollamos el contenido que sigue centrado en el impacto de la covid-19 en la desigualdad, la evolución histórica de ésta, el entorno de ‘capitalismo nada más’ que caracteriza el momento actual, para rematar con un par de políticas sanitarias reductoras de las desigualdades en salud: dos sanitarias y una externa a los servicios sanitarios, la educación.

### **Impacto de la epidemia covid-19**

Los más vulnerables sufren más el efecto de la pandemia y, además, la pandemia aumenta el número de vulnerables. El Informe AROPE (*At Risk of Poverty or Social Exclusion*) sobre el estado de la pobreza en España nos informa de esta evolución. Entre 2019 y 2020 ha crecido ligeramente (de 20,7 a 21,0%), respecto a niveles que ya eran comparativamente elevados en el entorno europeo. Afortunadamente, se dispone de datos de alta frecuencia para España a partir de febrero del 2020 –un liderazgo europeo que nos permiten seguir en tiempo real los cambios en la desigualdad. Oriol Aspachs et al. se basan en las nóminas y transferencias por subsidios de paro o ERTE de cuatro millones de personas representativas de la población. Impacto inicial fortísimo en los indicadores de desigualdad hasta niveles nunca vistos, siendo los jóvenes y los nacidos fuera de España los más afectados -y por regiones, las turísticas- hasta que ERTE y subsidios de paro suavizaron la caída de la desigualdad en renta disponible. Ahora la rápida recuperación del mercado laboral mitiga las desigualdades que recuperan niveles previos a la crisis. A diferencia de la crisis 2008-2013, la caída del empleo provocada por la covid-19 ha sido menor que la del PIB y la recuperación del empleo mucho más rápida. Este noviembre de 2021 se conseguirán niveles de empleo (afiliados a la Seguridad Social sin ERTE) iguales al período pre-covid.

La crisis de la covid-19 ha llevado a la recuperación del concepto de sindemia: el virus se suma a patologías preexistentes, más prevalentes y graves para los socialmente peor situados, y en este proceso, las interacciones biológicas y sociales juegan un papel central. Son ya varios los trabajos que demuestran la existencia de una relación entre las condiciones socioeconómicas y las tasas de incidencia y mortalidad, contradiciendo cualquier hipótesis que establezca que el virus es igual para todos (aquí y aquí).

Una buena noticia: uno de nosotros acaba de publicar un trabajo en el que comprobamos que en España, y en la mayor parte de los países europeos, no hay inequidad (desigualdades de trato por condición socioeconómica) en las necesidades no atendidas (citas denegadas y tratamientos pospuestos) que se produjeron durante los primeros meses de la covid-19 para los mayores de 50 años.

### **Evolución de la desigualdad**

El análisis de Scheidel coincide con el de Piketty y Milanovic al situar entre el final de la primera guerra mundial y el final de la década de los setenta del siglo XX la mayor reducción de la desigualdad habida en Europa y Estados Unidos. Las guerras mundiales

fueron relativamente cortas y sus efectos se han desvanecido con el tiempo: las tasas impositivas sobre las rentas altas y la afiliación sindical han disminuido, la globalización ha ido a más, bastantes mercados son menos competitivos, el comunismo ha desaparecido como alternativa, la Guerra Fría parecía haber finalizado...Desde 1980 la desigualdad ha aumentado en el seno de los países mientras que la desigualdad de la población mundial se ha reducido por la salida de la pobreza de centenares de millones de personas, fundamentalmente en China e India.

### **Capitalismo, nada más**

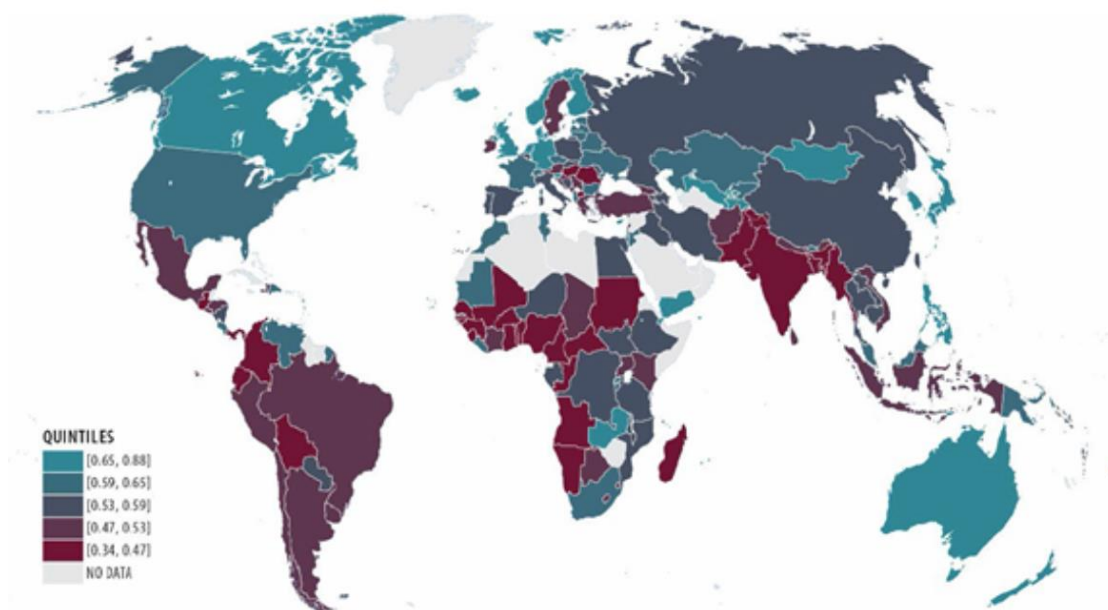
Sirva el título de este nuevo trabajo de Branko Milanovic para situar las perspectivas de evolución de desigualdad en el mundo. China, con elevados niveles de desigualdad, es un país capitalista, pues el 80% de los medios de producción son de propiedad privada - como la Francia de los años ochenta con Mitterrand, la mayoría de los trabajadores están asalariados, y las decisiones económicas de producción y consumo se toman de manera descentralizada, coordinadas, en todo caso, por el mecanismo de los precios.

Que el mundo sea capitalista implica, de nuevo según Milanovic, tres desigualdades sistémicas:

- 1/ Concentración del capital que acompaña la creciente participación de las rentas de capital en el PIB;
- 2/ La aparición de una nueva élite rica tanto en rentas de trabajo como en rentas de capital;
- 3/ Transmisión intergeneracional de ventajas en riqueza, educación y conocidos (estos últimos muy importantes en relación con conocimientos en países como Italia o España).

Esta transmisión intergeneracional atenta directamente a la percepción de futuro que pueden tener los padres sobre sus hijos, ya que se pasa a contemplar la pobreza o la riqueza como dinásticas. El grado de funcionamiento del ascensor social lo tendremos que ir siguiendo con trabajos como éste, que optan por ver hasta qué punto la educación de los hijos (medida más disponible y válida que la de renta) viene explicada por la de los padres, tal como resume el gráfico siguiente que representa la movilidad relativa de la cohorte de los nacidos en los años ochenta del siglo pasado utilizando la educación como medida (1 menos correlación entre años escolaridad hijos y padres).

**Fig. 1: Movilidad vertical de los nacidos en la década de los ochenta del s. XX**



Fuente: Banco Mundial. Intergenerational Mobility Around the World, p 17.

La falta de competencia nos hace más desiguales y más pobres (como se indica en el libro de Jan Eeckhout y en el artículo de Lina Khan), pero también habrá que considerar explicaciones alternativas al aumento de la desigualdad y la caída de los salarios: sindicatos que pierden peso, sistemas fiscales que se hacen menos progresivos, además de una “liberalización” de la política de competencia. Es decir, la falta de competencia puede bien ser un síntoma de un problema social más complejo.

### **Políticas para reducir desigualdades actuando sobre determinantes de la salud**

Hace tiempo que en algunas Facultades de Economía y Empresa se utilizan manuales como *Mostly Harmless Econometrics*, de 2009, o *Causal Inference for Statistics, Social and Biomedical Sciences*, de 2015, cuyos primeros autores han recibido el Nobel de Economía 2021. En el Boletín Economía y Salud, de AES, son numerosas las reseñas de artículos que utilizan los métodos allá descritos; a título de ejemplo, el artículo firmado por un ex-director del Boletín, Carlos Campillo, junto con otros tres socios de AES, Ana Costa, Ana Rodríguez y Miquel Serra, donde se analiza la relación entre cesáreas y salud neonatal utilizando la hora del parto como variable instrumental. En Salud Pública, el epidemiólogo Miguel Hernán, uno de los líderes mundiales en el establecimiento de relaciones causales a partir de datos observacionales, continúa realizando propuestas prácticas y viables.

Viene lo anterior a cuenta de que no se debe llegar a la parálisis por el análisis. Por exquisitas que sean las causalidades que se van estableciendo sobre determinantes de la salud no tiene por qué ser Utrera como Esparraguera (validez externa) ni, mucho menos aún, Vietnam como Lesotho. Al fin y al cabo, el conocimiento científico que proporcionan las ciencias sociales debe aplicarse al estilo de la Medicina, tal como escribió Rodrik, sin saber que parafraseaba a William Osler: Más importante que establecer qué diagnóstico tiene un paciente (sociedad) es conocer qué paciente (sociedad) tiene un diagnóstico.

### **Políticas para reducir desigualdades en salud**

La riqueza crea poder y el poder crea riqueza. La desigualdad creciente genera riesgos muy serios pues erosiona la cohesión social y estimula movimientos anti-democráticos, pudiendo, además, perjudicar al crecimiento futuro. La competencia fiscal entre países dificulta tanto la introducción de una mayor progresividad como la creación de un registro global en el cual conste la propiedad de los activos financieros, un antídoto del lavado de capitales y la evasión fiscal. Una buena noticia ha sido el anuncio por parte de la OCDE, el pasado 8 de octubre, de que 136 países han acordado que las multinacionales paguen un impuesto mínimo sobre sociedades del 15%, cuestión que ya se había impulsado tanto desde el G-7 como desde el G-20. Resulta difícil dejar de suscribir las tres grandes familias de recomendaciones de políticas que los autores del *World Inequality Report 2018* formulan: mayor progresividad impositiva, registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad) y mejor acceso a la educación.

El mantenimiento de esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia un mayor aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutoria orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria.

Sanidad financiada públicamente, y sobre todo Educación, en la medida que ‘crean’ capital humano, fomentan la ‘pre-distribución’ de renta y riqueza. Secundariamente, la Sanidad -especialmente la atención primaria en España- es redistributiva. De hecho, el Gini de renta disponible, cuando se extiende para incorporar las prestaciones en especie del Estado del Bienestar en España, mejora notablemente tal como calculó Goerlich.

En todo caso, las políticas con mayor potencial reductor de las desigualdades están fuera del ámbito sanitario y entre ellas destaca la educación, pues incluso medida como años de escolaridad formal, constituye la variable más explicativa del estado de salud. Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social: las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida, afectan tanto las condiciones de vida futuras como la salud de las personas. Además, la educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión, pues una mejor educación se correlaciona no sólo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.

Las políticas siempre implicarán una cierta lucha entre racionalidad social e intereses creados -sea hablando de calentamiento global (mal público también global) o reducción de desigualdades (bien público global)- y necesitarán siempre ensayo y error, así como evaluación continua (por tanto, Estado más potente y, al mismo tiempo, más democráticamente controlado). Conocemos las barreras: una gestión pública más pendiente del control legal que de la eficacia; la polarización política, que impide que las reformas cuenten con un grado de consenso imprescindible; o el secuestro de la administración por los partidos políticos. Nos jugamos mucho con ‘*NextGenerationEU*’: los proyectos están condicionados a su éxito y la tasa de absorción (sic) de España de fondos estructurales fue entre 2014 y 2020 la más baja de la UE (un 39%). Esperemos que el Real Decreto-ley 6/2020, de 30 de diciembre 2020, palíe el problema. Si no fuera así, habría que considerar el estado de alarma el que permitió una respuesta asistencial ágil y eficaz a la covid-19.

