



**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE**



**CURSOS DE VERANO  
EL ESCORIAL**



**XVII CURSOS DE VERANO DE FUNDACIÓN GENERAL  
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE EN SAN LORENZO DE EL ESCORIAL**

**ENCUENTRO  
SALUD Y EQUIDAD  
(20-22 de julio de 2005)**

**Director:** Pablo Lázaro y de Mercado



**Patrocinador:** Federación Española de Tecnología Sanitaria **FENiN**

**RESÚMENES DE PONENCIAS**

- **Introducción. Presentación del curso**  
Pablo Lázaro y de Mercado
- **Conceptos de equidad en la salud**  
Pablo Lázaro y de Mercado
- **Determinantes de la equidad en salud**  
Carme Borrell Thió
- **Desigualdades socioeconómicas en salud**  
Alexandrina P. Stoyanova
- **Determinantes socioeconómicos de la equidad: la influencia de la renta y la educación**  
Rosa María Urbanos Garrido
- **Determinantes de la equidad relativos al género**  
Andreu Segura Benedicto
- **Inequidad en el uso de 3 tecnologías cardiovasculares dentro del SNS: PCIs, DAIs y Terapia de Resincronización Cardíaca**  
Francisco Javier Belaza Santurde
- **Equidad en el SNS: la industria, un agente facilitador**  
Juan Fernández Ortega, Margarita Alfonsel Jaén
- **Determinantes de la utilización de servicios sanitarios: demanda, oferta e incertidumbre**  
Salvador Peiró Moreno

Título: **Introducción. Presentación del curso.**

**Pablo Lázaro y de Mercado**

Doctor en medicina, MBA (IESE) y Director de TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud). Madrid.

---

El abordaje tradicional de los retos de los sistemas sanitarios se hace más en términos de eficiencia que en términos de equidad. Sin embargo, la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias es un principio en el que se sustentan la mayor parte de los Sistemas de Salud de los países europeos. En la actualidad, las competencias de asistencia sanitaria en nuestro país corresponden a las 17 Comunidades Autónomas, debiendo los poderes públicos garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios públicos y en la distribución de los recursos en todo el territorio español, según estipula la Ley General de Sanidad de 1986, conforme a lo dispuesto en la Constitución.

Los retos de la aplicación de la equidad en las decisiones políticas comienzan con los diferentes conceptos de equidad, con las dificultades para medir la equidad, con el conflicto entre eficiencia y equidad, y con que no todas las desigualdades en salud dependen del sistema sanitario. Estos aspectos serán tratados en este curso, con unos ponentes excepcionales que unen su trayectoria investigadora con sus experiencias en el asesoramiento o aplicaciones prácticas en las políticas hacia la equidad en la salud y hacia la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Este curso tiene como objetivos:

1. Explorar los conceptos operativos de equidad
2. Realizar una aproximación a la metodología para su estudio
3. Reflexionar sobre el Sistema Nacional de Salud desde el principio de equidad
4. Describir el Sistema Nacional de Salud respecto a la equidad desde las perspectivas de la Administración, la política, la economía, el ámbito sanitario, los agentes sociales y los usuarios.

**Título: Conceptos de equidad en la salud.**

**Pablo Lázaro y de Mercado**

Doctor en medicina, MBA (IESE) y Director de TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud). Madrid.

---

La importancia del análisis de la equidad se basa en que uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud es garantizar el acceso de la población a las tecnologías efectivas. Un sistema sanitario es equitativo en la medida que ofrece a todos los ciudadanos la misma oportunidad de recibir la atención acorde con el nivel de necesidad de cada uno. Dado que un sistema inequitativo proporcionaría más atención a ciudadanos con menor necesidad, y menor atención a ciudadanos más necesitados, el desarrollo de medidas que propicien la equidad es un objetivo ético. Esta responsabilidad ética afecta a las autoridades sanitarias que deciden sobre planificación y asignación de recursos, y también a los profesionales que de una u otra forma están distribuyendo, con sus decisiones, los limitados recursos entre distintos pacientes con distintas necesidades.

El concepto de equidad en salud puede tener diversas acepciones. Cullis y West, distinguen entre desigualdades entre pacientes y desigualdades entre clases sociales. Las primeras, a su vez, las dividen en equidad horizontal (igual tratamiento a los iguales) y equidad vertical (desigual tratamiento a los desiguales). Fuchs define el concepto de “equidad marginal,” según el cual el valor del último dólar de los recursos dedicados a la salud aumentaría la satisfacción humana en la misma medida que el valor del último dólar dedicado a otros propósitos. Según este concepto, la equidad en el campo de la salud incluye elementos ajenos al sistema sanitario, puesto que la sociedad podría elegir invertir sus limitados recursos en otras formas también deseables para promover su bienestar, no necesariamente a través de los sistemas de salud.

Mooney llega a proponer hasta siete conceptos para discutir definiciones alternativas de equidad: la equidad puede ser entendida como 1) igual gasto per cápita; 2) iguales recursos per cápita; 3) iguales recursos para igual necesidad; 4) igual acceso para igual necesidad; 5) igual utilización para igual necesidad; 6) igual satisfacción marginal de la necesidad; y 7) igual salud. A pesar de que no exista sólo una forma posible de definir la equidad, en general el concepto de “igual acceso para igual necesidad” es el concepto más admitido en los sistemas de salud, y así lo entiende la OMS en su programa “Tecnología apropiada para la Salud” (ATH/GLO).

Asumiendo como definición de equidad “igual acceso para igual necesidad,” el análisis se debe centrar en factores de acceso y factores de necesidad. El acceso está determinado no sólo por la distribución equitativa de los recursos sino también por otra gran cantidad de factores (e.g, clase socioeconómica, tiempo de espera, transporte, o pérdida de salario por baja laboral, entre otros).

En España, la práctica totalidad de la población tiene cobertura sanitaria pública, es decir que el precio en el punto de consumo es cero para los ciudadanos españoles. El problema es que el precio no es el único predictor de la probabilidad de acceder al procedimiento. Hace falta además que el procedimiento esté disponible. Algunos estudios han demostrado que en España la distribución de ciertos tipos de recursos sanitarios no es equitativa y que existen desigualdades en la salud.

La promoción de la equidad, o la lucha contra las desigualdades, tiene dos niveles: el análisis de la evidencia disponible (papel de la investigación) y la toma de decisiones políticas. Con este enfoque, resulta notable la iniciativa de la propuesta Black para disminuir las desigualdades en Inglaterra. El debate suscitado por el informe Black ilustró sobre la necesidad de disponer de investigaciones que expliquen las interrelaciones entre clase social, nivel de salud, y uso de servicios sanitarios. Este tipo de investigación aportaría alternativas concretas para intervenir desde los servicios sanitarios en la reducción de desigualdades y enfocaría el debate en términos científicos.

## Título: **Determinantes de la equidad en salud.**

**Carme Borrell Thió**

Doctora en Medicina, Directora de Investigación y Docencia Agencia de Salud Pública de Barcelona.

---

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo, incluyendo el Estado Español, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud<sup>1-4</sup>. Es importante señalar que estas desigualdades son enormes ya que causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos y también que aumentan en la mayoría de países donde se ha estudiado porque la salud mejora más en las clases sociales más aventajadas<sup>5</sup>. Hoy día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales<sup>6,7</sup>.

En nuestra sociedad, la desigualdad suele estar legitimada mediante la ideología (sistema de significado y práctica en una cultura que guía la interpretación de la vida diaria), pareciendo que la desigualdad ocurre como el resultado de fuerzas naturales. La ideología está incorporada a la estructura social y política y juega también un rol importante en la legitimación y el ocultamiento de las estructuras de poder asociadas a factores sociales como la clase, la etnia o el género<sup>8</sup>. Ello repercute en la invisibilidad de las desigualdades sociales, incluyendo también las de salud. Consecuentemente, las políticas de salud no suelen priorizar estos temas.

Dalghren y Whitehead proponen un modelo<sup>9</sup> que define los factores o determinantes que influyen en las desigualdades de nivel socioeconómico en la salud y los sitúa en “capas” de influencia, desde las más cercanas al individuo a las más lejanas o factores estructurales. Los factores más cercanos al individuo son los inmodificables (factores constitucionales o genéticos, edad, sexo), pero estos factores están influenciados por otros que sí se pueden modificar con las políticas. Así, se podrían modificar los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y trabajo (producción de alimentos, educación, medio de trabajo, desempleo, medioambiente, barrio de residencia, vivienda y servicios sanitarios) y los factores socioeconómicos, culturales, medioambientales y políticos. Esto nos lleva a concluir que se puede intervenir sobre las causas de las desigualdades en salud, pero que para ello es necesario partir de un modelo conceptual de las desigualdades y actuar teniendo en cuenta el mismo.

### **Bibliografía**

1. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidem Community Health*. 1999;53:388-9.
2. Borrell C, Benach J (coords). CAPS i Fundació J.Bofill. Les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
3. Borrell C, Benach J (coords). CAPS i Fundació J.Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005..
4. Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: Navarro V (ed). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos; 2004.
5. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*. 1997; 11: 255-7.
6. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3):429-45.
8. Hofrichter R. The politics of health inequalities. En: Hofrichter R (ed). *Health and social justice. Politics, ideology and inequality in the distribution of disease*. San Francisco: Jossey-Bass. A Willey Imprint; 2003.
9. Dalghren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Título: **Desigualdades socioeconómicas en salud.**

**Alexandrina P. Stoyanova**

Doctora en Economía, Universidad de Barcelona.

---

La existencia de importantes desigualdades en salud está bien documentada en la literatura científica. Éstas desigualdades se deben no sólo a diferencias en los hábitos de vida (dieta, ejercicio físico, consumo de productos nocivos, etc.), sino también y quizá en un grado mayor a diferencias en las características socioeconómicas (nivel de renta, educación, ocupación, clase social). Aquí discutiremos precisamente estas últimas, las llamadas desigualdades socioeconómicas en salud, y más concretamente analizaremos el subconjunto de desigualdades que se pueden considerar como evitables, innecesarias o injustas.

Para llegar a conocer la magnitud, características, causas y evolución temporal de las desigualdades socioeconómicas en salud es preciso primero discutir los principales métodos de medición de las mismas. Recientemente se ha adoptado como instrumento estándar de medida el *índice de concentración* y la correspondiente *curva de concentración* que tiene una interpretación similar al más antiguo y conocido *coeficiente de Gini* que se utiliza, entre otras cosas, para medir la magnitud de las desigualdades globales en salud. La evaluación de la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en salud se complementa con el desarrollo de una metodología para identificar los factores causantes de las variaciones en dichas desigualdades o también llamada *descomposición de las desigualdades en salud*.

Una vez descritos los métodos, explicaremos los principales resultados que revelan los estudios empíricos basados en esta metodología. La gran mayoría de estos trabajos confirman la existencia de importantes desigualdades en salud en todos los países (incluso en aquellos donde la desigualdad en la renta es menor) y destacan que éstas favorecen a los estratos sociales más altos. Además, se observa una tendencia de aumento en las desigualdades con el transcurso del tiempo. Entre los factores de carácter socioeconómico que tienen mayor repercusión sobre las desigualdades en salud destaca la renta, la situación laboral, el nivel educativo y la región de residencia.

**Título: Determinantes socioeconómicos de la equidad: la influencia de la renta y la educación.**

**Rosa María Urbanos Garrido**

Doctora en Economía. Ministerio de Sanidad y Consumo.

---

La medición de la equidad en el ámbito sanitario y el estudio de sus factores determinantes es una tarea compleja que ha incentivado abundantes discusiones académicas a lo largo de las últimas décadas, y cuyas implicaciones en términos de recomendaciones de política pública (no únicamente sanitaria) pueden ser muy significativas.

El objetivo de la conferencia consiste, en primer lugar, en revisar de forma breve el marco teórico y metodológico de las investigaciones que se ocupan de analizar la equidad en la prestación de los servicios sanitarios, entendida desde la doble perspectiva del acceso y la utilización. En segundo lugar, se revisará la evidencia (tanto para España como para otros países) acerca de cómo los factores socioeconómicos de los individuos, en particular la renta y la educación, influyen en las pautas de consumo de los servicios sanitarios, dando lugar a desigualdades que en algunos casos resultan apreciables.

Múltiples estudios confirman la presencia de inequidad en el consumo de la atención especializada no hospitalaria a favor de los individuos de mayor nivel de renta y educación, si bien en el consumo de atención primaria suele producirse una discriminación a favor de los individuos menos favorecidos socialmente.

Título: **Determinantes de la equidad relativos al género.**

**Andreu Segura Benedicto**

Doctor en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Area de Salud Pública i recerca en Serveis de Salut. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona.

---

1. Justificación y propósitos:

2. Las dimensiones de la equidad (acceso, pertinencia y calidad de los resultados)

3. El género como variable independiente. La importancia de la biología (sexo) y de la cultura (género). Las interacciones con otras variables sociales (clase, nivel educativo, capacidad adquisitiva, etc.)

4. Los determinantes de la pertinencia

El género como factor de riesgo asociado a problemas de salud y necesidades sanitarias

Particularidades de los problemas de salud relacionados con el sexo

El papel del género en la percepción de los problemas

El papel del género en los comportamientos personales (estilos de vida)

El género como factor determinante de la demanda de atención sanitaria

5. Los determinantes del acceso a los servicios sanitarios

Inducción de la oferta al consumo de servicios sanitarios específicos:

Actividades preventivas

Problemas asociados a la menopausia

Cáncer genital y de mama

Actividades asistenciales

Embarazo y parto

Control de la natalidad

Barreras de la oferta

Restricciones en la hospitalización

6. Los determinantes de la calidad

Diferencias en la intensidad de los tratamientos

Diferencias en los resultados obtenidos

## **Título: Inequidad en el uso de 3 tecnologías cardiovasculares dentro del SNS: PCIs, DAIs y Terapia de Resincronización Cardíaca.**

**Francisco Javier Belaza Santurde**

Doctor Ingeniero de Telecomunicación. Director de Relaciones Institucionales Sanitarias (GUIDANT, S.A.)

---

Antecedentes y Objetivos: Se han recogido los datos correspondientes a la utilización a nivel de cada Comunidad Autónoma de tres tecnologías cardiovasculares: el Procedimiento Intracoronario, el Desfibrilador Automático implantable y la Terapia de Resincronización Cardíaca. Del análisis de los datos correspondientes a los años 2002 y 2003 en todas las CCAA con centros activos en dichas terapias se encuentra una variabilidad que va de media a alta respectivamente para las 3 terapias citadas. El objetivo primario del estudio ha sido la búsqueda de las variables explicativas principales de dicha variabilidad. El objetivo secundario es generar análisis útiles a la hora de planificar recursos sanitarios con objeto de poder garantizar la equidad, en este ejemplo concreto, a cualquier paciente dentro del SNS. Como objetivo terciario se comprobará la aplicabilidad de las teorías de Slade y Anderson de difusión de tecnologías en la OECD.

Métodos: Se han construido distintos modelos econométricos explicativos empleando variables de dos tipos: demanda y oferta. Las variables de demanda están relacionadas con la carga de enfermedad empleando como proxy de la misma la prevalencia, incidencia o mortalidad bruta. En cuanto a las variables de oferta se han empleado el Número de centros y la Riqueza autonómica bruta, así como el Gasto sanitario público total. Todas estas variables se han normalizado dividiéndolas por la población de cada autonomía. Para la construcción de los modelos se han empleado técnicas de regresión lineal múltiple, una vez comprobada la no existencia de colinealidades así como la normalidad de la distribución de las variables dependientes. En un primer análisis el cálculo se efectuó para el año 2003 pasando a emplear 2002 y 2003 en el resto del análisis para conseguir mejor precisión y consistencia en la determinación de los coeficientes del modelo

Resultados: La variable No. total de centros (de oferta) y muy correlacionada con la riqueza Autonómica bruta explica la mayoría de la variabilidad de uso explicada. La carga de enfermedad sólo explica entre el 8% y el 37,5% y en muchos casos parece que se cumple la ley inversa de la atención sanitaria es decir (mayor tasa de uso donde menor es la carga de enfermedad) sin que esto signifique más que una mayor utilización en aquellas Autonomías de mayor riqueza. Por consiguiente la oferta es quien condiciona el uso de la terapia y no podemos decir por tanto que exista equidad en este caso concreto dentro del SNS. La difusión de tecnología sigue unas pautas bien estudiadas a nivel de la OECD por Slade y Anderson que si bien parecen cumplirse a nivel macro (países) no lo hacen a nivel meso (CCAA) ya que desde el punto de vista de variabilidad de uso al cabo de más de 14 años de su introducción como es el caso de los PICs y DAIs, ésta sigue existiendo en contra de lo supuesto. Parece pues que el PIB a nivel autonómico actúa como un elemento facilitador/ enlentecedor de la difusión de la terapia.

Conclusiones : El No.de centros por millón de habitantes (muy correlacionado con la PIB autonómica) es la variable principal a la hora de explicar la variabilidad de uso entre CCAA en el SNS. La demanda tiene tan solo un débil papel explicativo cumpliéndose en muchos casos la ley de la regla inversa de la atención sanitaria. Por lo tanto en estas tecnologías cardiovasculares se produce una situación de INEQUIDAD en el seno del SNS.



Título: **Equidad en el SNS: la industria, un agente facilitador.**

**Juan Fernández Ortega<sup>1</sup>, Margarita Alfonsel Jaén<sup>2</sup>**

1: Ingeniero de Telecomunicación. Consejero y Responsable TIC en la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

2: Farmacéutica. Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).

---

Esquema:

- Descripción del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los principales aspectos que lo describen en términos de equidad.
- Planteamiento del problema: ¿Es el Sistema Nacional de Salud todo lo equitativo que debiera ser?
- Descripción del papel que puede jugar la industria como agente facilitador de equidad.
- Conclusiones.

**Título: Determinantes de la utilización de servicios sanitarios: demanda, oferta e incertidumbre.**

**Salvador Peiró Moreno**

Doctor en Medicina y Especialista en Salud Pública. Unidad de Investigación en Servicios de Salud de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

---

Las variaciones en la práctica médica, variaciones en el modo en que los médicos manejan pacientes con enfermedades similares, son, desde hace años, uno de los ejes principales de la investigación en servicios de salud.

Existe un importante cuerpo de literatura, incluida literatura en el Sistema Nacional de Salud, que describe importantes diferencias en la utilización de diversos servicios sanitarios y procedimientos, en comunidades similares, especialmente en el ámbito hospitalario.

Los determinantes de las variaciones incluyen aspectos de la demanda (características sociodemográficas de la población, morbilidad, nivel socio-económico y educativo, etc.), determinadas barreras a la utilización (distancia, copagos) y características de la oferta (número de médicos, de camas hospitalarias, etc.).

La hipótesis actualmente más extendida para explicar las variaciones en la práctica médica sugiere que son las características de la oferta (antes que las de la demanda) y de la tecnología estudiada (especialmente la incertidumbre en torno a su efectividad en una situación concreta), el principal determinante de los estilos de práctica de los médicos que, a su vez, determinarían las variaciones.

En esta intervención se revisaran, con datos del Sistema Nacional de Salud y para determinados procesos con diferentes grados de incertidumbre, el papel de la oferta, la demanda y la incertidumbre en las variaciones en la práctica médica, revisando especialmente el papel de la “deprivación”.