

1183

Equitat en la Provisió de Serveis Sanitaris a Catalunya.

Autor: Pedro Gallo
Data: Desembre de 1999

Estudi amb la col.laboració de la Fundació Jaume Bofill

INTRODUCCIÓ

La base de l'organització de l'Estat en Comunitats Autònomes i el procés de descentralització de l'atenció sanitària a Espanya són conseqüència de la modernització de l'Estat ara fa vint-i-un anys. La creació del Sistema Nacional de Salut es va caracteritzar per la cobertura universal, un finançament majoritari per impostos, elements de control i participació ciutadana i, sobre tot, per la descentralització de la gestió i l'organització dels serveis sanitaris a nivell de Comunitats Autònomes (Artigas, 1990; Elola, 1991; De Miguel, 1994; Rico, 1997, 1998).

L'equitat apareix com a objectiu de política sanitària no solament en els textos legals vigents a l'Estat espanyol i a les Comunitats Autònomes (Rey del Castillo, 1998) sinó també en les referències teòriques dels avantatges que suposa el procés de descentralització. Així doncs, atendre millor les necessitats de la població i corregir les desigualtats presents i emergents es configuren com dos dels principals arguments en favor de la descentralització sanitària (Mills, 1990).

No obstant, l'equitat és un concepte molt debatut entre les escoles de pensament (Le Grand, 1987a, 1987b; Culyer, 1991; Culyer i Wagstaff, 1993; Pereira, 1993; Puyol, 1999). El concepte igualitarista d'equitat és, però, el més present en el desenvolupament i funcionament de la majoria dels sistemes sanitaris occidentals (Sugden, 1983; Van Doorslaer i cols., 1993). Aquesta conceptualització d'equitat segons la qual els serveis sanitaris han de proveir-se d'acord amb les necessitats de la població és la que s'utilitza en aquest estudi.

S'argumenta que el marge de maniobra fruit de la descentralització permet que les autoritats sanitàries a nivell autonòmic puguin actuar de manera més autònoma, flexible i localista davant els creixents reptes sanitaris. És a aquest nivell de decisió i d'actuació on es podran establir els mecanismes més efectius de correcció de les desigualtats. Conèixer com es distribueix la salut o la mala salut, així com els serveis

sanitaris disponibles, la seva utilització, estructura i organització, conformen un dels eixos fonamentals de la gestió sanitària a nivell autonòmic.

A Espanya, l'estudi sobre desigualtats en sanitat té una gran tradició i ha comptat amb una excel·lent acceptació a les revistes especialitzades. Benach, per exemple, va identificar en una anàlisi bibliomètrica més de dos-cents trenta estudis específics sobre desigualtats en salut i desigualtats en serveis sanitaris publicats durant el període 1978-1994 (Benach, 1995). Igualment, Navarro i Benach van apuntar importants línies de recerca en desigualtats a Espanya (Navarro i Benach, 1996).

Dues qüestions s'han de destacar d'aquestes aportacions. En primer lloc, es tracta d'un volum d'estudis que en gran part exploren les desigualtats relacionades amb la mortalitat. Això és, sense dubte, rellevant en tant que ha generat un coneixement exhaustiu sobre quines malalties causen la mort i com es distribueix la mortalitat segons edats, gènere i variables socioeconòmiques com ara classe social, nivell d'estudis o ingressos. Malgrat això, l'interès de l'investigador, i del gestor de serveis sanitaris, no ha de centrar-se solament en com i perquè mor la població sinó també en com viu i com utilitza els serveis sanitaris durant la seva vida.

En segon lloc, cal destacar la importància de les fonts de dades de què es nodreixen aquests estudis, majoritàriament les estadístiques de mortalitat, les estadístiques de morbiditat hospitalària, els registres de pacients i les enquestes de salut. Aquestes darreres han estat un dels instruments més apreciats per a l'estudi de desigualtats en salut i serveis sanitaris i l'evolució de la producció científica s'ha vist influïda sens dubte per l'aparició i ús d'aquestes fonts de dades. Així, per exemple, no disposar d'enquestes de salut a nivell autonòmic fins fa relativament poc temps ha condicionat molt l'estudi de les desigualtats en salut i serveis sanitaris a aquest nivell d'actuació política.

Les conclusions més rellevants de la producció científica en l'estudi de les desigualtats confirmen la importància de les variables gènere, edat, àmbit rural-urbà,

regions i grups socioeconòmics. Certament, hi ha un coneixement creixent sobre les relacions entre aquestes variables i els nivells de salut de la població. Així, s'ha pogut constatar la presència d'un gradient socioeconòmic en aquesta relació segons el qual els individus de classe social més baixa, amb menors ingressos o nivells d'estudis inferiors manifesten tenir un pitjor estat de salut, mesurant aquest últim amb una gran varietat d'indicadors. Malgrat això, són pocs els estudis sobre desigualtats que, com el que ara presentem, exploren la relació entre el grau d'utilització dels serveis sanitaris i les necessitats sanitàries de la població. Hi ha pocs treballs que, en el nostre context, hagin estudiat empíricament l'associació entre l'esmentat gradient socioeconòmic en la distribució de la salut o la mala salut i la provisió de serveis sanitaris, és a dir, si les autoritats sanitàries proveeixen serveis sanitaris d'acord amb criteris de necessitat de manera que els que estan en pitjors nivells de salut reben serveis sanitaris en consonància amb la seva salut/necessitat.¹

1

D'entre els primers intents de mesurar el grau d'equitat així entesa trobem l'estudi de Bandrés sobre la progressivitat de la despesa pública a Espanya (Bandrés, 1991), malgrat que no està centrat en serveis sanitaris. En serveis sanitaris cal destacar les contribucions de Rodríguez i cols., (1993), Regidor i cols., (1996) i Abásolo i cols., (1998), entre d'altres.

HIPÒTESIS I OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquest treball és avaluar en quina mesura el sistema sanitari a Catalunya, en el seu conjunt, atén la població segons criteris de necessitat. Com a objectius més específics es van fixar: 1) l'estudi de les desigualtats en els nivells de salut de la població de Catalunya en funció dels indicadors de salut percebuda i presència de malalties agudes i cròniques limitadores de l'activitat segons edat, gènere i grup socioeconòmic; 2) conèixer com els diferents grups socioeconòmics fan ús dels serveis sanitaris; 3) determinar quins són els patrons d'utilització dels diferents nivells assistencials (atenció primària, d'especialista i atenció hospitalària) segons grups socioeconòmics; i 4) estudiar quines variables (edat, sexe, grups socioeconòmics) expliquen millor l'ús que es fa dels diferents tipus de serveis sanitaris, i així contrastar la presència de diferents patrons d'utilització segons nivells assistencials.

MATERIAL I MÈTODES

La base de dades utilitzada per a l'estudi de les desigualtats en serveis sanitaris a Catalunya ha estat la pròpia del context de l'anàlisi: l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 1994). L'ESCA es realitzà per primera vegada l'any 1994, a les vuit regions sanitàries de Catalunya amb una mostra representativa de la població de Catalunya de 15.000 persones no institucionalitzades.²

En base a l'ESCA s'estudia com la població de Catalunya utilitza els serveis sanitaris. Es tracta d'una població composta per homes i dones d'edats, ingressos econòmics i nivells d'estudis diversos i, sobretot, amb diferents estats de salut. Cal veure, doncs, si aquesta població rep atenció sanitària d'acord amb aquests diferents estats de salut i, per tant, diferents necessitats, o bé si són altres factors, com ara els ingressos econòmics o el nivell d'estudis, els que determinen la utilització dels serveis sanitaris a Catalunya.

El concepte de necessitat és, i possiblement continuarà sent, centre d'un debat intel·lectual intens abordat des de múltiples punts de vista i disciplines. Alguns indicadors de necessitat utilitzats en l'àmbit de la salut i els serveis sanitaris han estat la taxa de mortalitat, la prevalença de determinades malalties en la població, o indicadors subjectius de salut. En aquest estudi s'han fet servir l'autopercepció d'estat de salut (salut regular o dolenta), la presència de malalties cròniques i agudes i els factors limitants d'aquestes condicions físiques i psicològiques minvades. La mesura de les desigualtats en salut es fa, doncs, entorn a la presència d'aquestes variables en la població de referència.³ Posteriorment s'estudia com aquesta

2

El qüestionari va constar de 151 preguntes on es recollien aspectes com ara els estils de vida, els estats de salut, la restricció d'activitats, les visites mèdiques, les hospitalitzacions, les pràctiques preventives, l'ús de medicaments, la presència de discapacitats, els accidents i variables socioeconòmiques de rellevància, entre d'altres.

3

Blaxter (1989, 1997), Borràs (1994), Collins i Klein (1980), Culyer (1988, 1993), Fox (1989), Le Grand (1978, 1991), Mooney (1987), O'Donnell i Propper (1991a, 1991b), Van Doorslaer i cols., (1993), Wagstaff i Van Doorslaer (1994), Wagstaff i cols., (1991a, 1991b, 1991c).

població fa ús dels serveis sanitaris als tres nivells assistencials: atenció primària, atenció d'especialista i atenció hospitalària.

Un instrument metodològic adequat per a la mesura de les desigualtats en serveis sanitaris són les corbes de concentració de salut/necessitat i d'atenció sanitària i els índexs que se'n puguin derivar.⁴ L'ús d'aquestes mesures ha estat possible gràcies a la informació facilitada per l'ESCA sobre com els individus que poden classificar-se segons els seus ingressos econòmics responen a qüestions sobre estats de salut, visites mèdiques i hospitalitzacions.

L'ús de diferents indicadors de salut/necessitat (salut regular o dolenta, malalties cròniques, malalties agudes, restricció d'activitat) ha permès la construcció de diverses corbes de concentració de la necessitat segons els diferents ingressos econòmics de la població. Igualment, s'han representat les corbes de concentració d'atenció sanitària rebuda per cada grup segons els ingressos i expressada en el nombre de consultes d'atenció primària, d'especialista i d'estades hospitalàries realitzades, i la seva despesa atribuïble. Aquestes corbes són una representació de com es distribueix l'atenció sanitària segons ingressos econòmics i atesa la distribució de la salut conceptualitzada com a necessitat a la població.

Els índexs de desigualtat derivats de les corbes de concentració representen numèricament les desigualtats mostrades per les mateixes corbes. S'ha fet ús de dos

4

Les corbes de concentració representen en un diagrama de caixa les distribucions acumulades de malaltia i atenció sanitària. En l'eix d'abcisses, la població s'ordena de majors a menors ingressos. La distribució de la salut/necessitat es representa en l'eix d'ordenades. Així, les corbes de concentració indiquen com es distribueixen la salut/necessitat i l'atenció sanitària d'acord amb la població ordenada segons una variable socioeconòmica d'interès. Una distribució perfectament proporcional coincidirà amb la diagonal del quadre. Una distribució desigual s'allunyarà de la diagonal dibuixant corbes per sota i per sobre. Els índexs de desigualtat es calculen tot tenint en compte les diferències entre la diagonal i cada corba de concentració. Per a una lectura més en profunditat dels diferents instruments de mesura de les desigualtats en salut i serveis sanitaris es pot consultar Wagstaff i cols. (1991c), on es recull la utilitat, potencial i limitacions dels Rangos, Coeficients de Gini, Pseudo-coeficients de Gini, Índexs de Disimilaritat, Índexs Relatius, i Corbes i Índexs de Concentració.

índexs de desigualtat: el de Le Grand i el de Collins-Klein⁵. L'amplitud en què es mouen aquests índexs va de -1 a +1, de manera que el zero representa l'equitat absoluta ja que correspon a la coincidència de les corbes de salut/necessitat i atenció sanitària/despesa⁶. Uns valors dels índexs inferiors a zero indiquen que el sistema sanitari estudiat proveiria serveis sanitaris afavorint les classes socials o els nivells d'ingressos o d'estudis més baixos. Els valors superiors a zero indiquen el contrari, és a dir, que el sistema sanitari afavoriria els grups socioeconòmics amb més recursos econòmics. Aquests índexs de desigualtats són després estandarditzats per edat i gènere, prenent com a referència la distribució per edats i gèneres del total de la mostra. La metodologia exposada és una aproximació a la mesura de l'equitat en la provisió de serveis sanitaris freqüentment utilitzada a l'entorn europeu, la qual cosa ha permès la comparació nacional i internacional dels resultats.

Per tal de conèixer quins són els principals factors que determinen l'ús de serveis sanitaris, així com quantificar l'associació entre aquestes variables i l'ús dels serveis sanitaris, s'ha utilitzat la metodologia de la regressió logística. S'han construït tres models de regressió logística, segons que la variable dependent sigui la utilització "d'atenció primària", "atenció d'especialista" o "atenció hospitalària". Les variables explicatives incloses en els models han estat l'edat, el gènere, els indicadors de salut/necessitat (salut regular o dolenta, malalties agudes, malalties cròniques limitants) i els indicadors socioeconòmics (nivell d'ingressos i nivell d'estudis). Aquests models permeten conèixer l'efecte de les variables socioeconòmiques en l'ús de serveis sanitaris una vegada que s'ha ajustat pels indicadors demogràfics i de necessitat, i permeten establir uns patrons d'utilització per a cada un dels nivells assistencials considerats. Aquestes regressions s'han dut a terme per al total de la població i separatament per als col·lectius d'homes i de dones.

5

En aquest estudi es van utilitzar dos índexs d'equitat per a cada indicador de salut/necessitat: Le Grand i Collins-Klein. L'índex Le Grand de desigualtat es va calcular dividint la despesa total de cada grup socioeconòmic (independentment del seu grau de necessitat) pel nombre total de persones en necessitat en aquell grup. L'índex Collins-Klein es calculà dividint la despesa total de cada grup socioeconòmic, i de necessitat, pel nombre total de persones en aquell grup.

6

L'equitat absoluta representada pel valor zero, encara que difícil de concebre en la pràctica, s'enveix aquí com a referència.

RESULTATS

La salut dels catalans

Els resultats globals d'aquest estudi es mostren en els gràfics 1 i 2, fent referència a dades no estandarditzades i estandarditzades, respectivament. A les corbes de concentració en color en els gràfics es pot observar una distribució per sobre la diagonal, tot identificant desigualtats en la distribució dels indicadors de salut/necessitat (salut regular o dolenta, les malalties agudes i les malalties cròniques limitants) entre la població de Catalunya. Així mateix, aquesta distribució es pot quantificar numèricament mitjançant índexs de concentració que mesuren la grandària d'aquestes desigualtats en salut. En aquest sentit, tots els índexs $C_{\text{Salut/Necessitat}}$, estandarditzats i sense estandarditzar, són inferiors a zero. És a dir, la necessitat mesurada per aquests indicadors es concentra en els nivells d'ingressos més baixos, i això és cert per a tots els indicadors utilitzats.

Per tal d'estudiar les desigualtats en la provisió de serveis sanitaris interessa no solament conèixer com es distribueix la salut/necessitat sinó també com aquesta població utilitza els serveis sanitaris disponibles, i si ho fa atenent a la distribució de salut/necessitat trobada. Cal veure, segons el concepte d'equitat horitzontal esmentat, si aquells grups amb igual necessitat reben una atenció sanitària semblant.

Equitat en la provisió de serveis sanitaris a Catalunya

La taula 1 i el gràfic 3 mostren els índexs de desigualtat de Le Grand i Collins-Klein no estandarditzats i estandarditzats per edat i gènere. Es pot observar que aquests índexs d'equitat mostren que el sistema català gaudeix d'un grau d'equitat molt proper a la proporcionalitat, representada pel zero, de manera que els grups en igual necessitat fan un ús semblant de serveis sanitaris. Així mateix, el gràfic ens informa que el grau d'equitat global per a Catalunya depèn lleugerament de l'indicador de necessitat utilitzat encara que escollir un o altre ofereix resultats molt similars.

Una comparació internacional

En una perspectiva internacional, Van Doorslaer et al. (1993) van posar de manifest els trets generals de les desigualtats en serveis sanitaris a més de quinze països de l'entorn europeu i americà fent ús d'aquesta metodologia. L'estudi inclou també el cas d'Espanya entre els països comparats. Els diferents autors per a cada país estudiat fan ús de bases de dades similars a l'ESCA⁷ i mesuren el grau d'equitat dels diferents sistemes sanitaris en base a corbes de concentració i índexs de desigualtat com els utilitzats en aquest estudi.

Al gràfic 4 es mostren els resultats no estandarditzats d'aquest estudi internacional tot afegint el cas de Catalunya estudiat aquí.⁸ Per a cada país, es van calcular tants índexs com indicadors de salut es van utilitzar, indicadors tots ells extrets de preguntes específiques de les enquestes de salut dels diferents països. D'acord amb el gràfic, l'ús d'un o altre indicador de salut/necessitat és de certa importància en la mesura de l'equitat en la majoria dels sistemes sanitaris, excepte Estats Units, Regne Unit i Espanya. En aquests tres casos, els índexs es mostren sempre superiors a zero indicant que el sistema sanitari porveeix serveis sanitaris afavorint els grups socioeconòmics de més alts ingressos, independentment de l'indicador de salut/necessitat utilitzat.

7

Concretament, les bases de dades utilitzades per aquest autors són: Dinamarca (Danish Health Study, Odense University, 1982/3); França (Health Interview Survey, INSEE, 1980); Itàlia (Health Care Consumption Survey, Centro Europa Ricerche, 1985), Holanda (Health Interview Survey, CBS, 1981/2), Espanya (Encuesta Nacional de Salud, CIS, 1987), Suïssa (SOMIPOPS and SEVS surveys, National Science Foundation 1981/2), Regne Unit (General Household Survey, OPCS, 1985), Estats Units (NMCUES, National Centre for Health Statistics, 1980). Malgrat que l'estudi de Van Doorslaer i cols. (1993) és l'estudi més recent d'aquest tipus, s'ha de dir que els anys de referència de les bases de dades són els anys vuitanta.

8

Al gràfic es mostren els índexs d'equitat de Le Grand per a un ventall d'indicadors de necessitat (salut regular o dolenta, malaltia crònica limitant, malaltia crònica i malaltia aguda) no estandarditzats per edat i sexe. L'estudi de Van Doorslaer no fa ús dels mateixos índexs Le Grand ja estandarditzats. No obstant això, hi ha suficient evidència per suposar que el procés d'estandardització té un efecte amortidor sobre la magnitud d'aquestes desigualtats per a tots els països considerats.

El cas de Catalunya se sembla més al d'altres països europeus que al d'Espanya. Tant el grau d'equitat del sistema com la naturalesa d'aquesta presenten més semblances amb països com ara Holanda o Dinamarca que amb el conjunt d'Espanya. De fet, el cas de Catalunya encaixa bé en el grup de països en què la selecció de l'indicador de salut té una certa rellevància per determinar la progressivitat o regressivitat del sistema de provisió.

Equitat i patrons d'utilització de serveis sanitaris

La presència d'un nivell d'equitat global important en el sistema sanitari català es manifesta en tres patrons d'utilització de serveis sanitaris diferents. Els resultats de les regressions logístiques mostren com les variables edat, sexe, salut/necessitat, ingressos econòmics i nivells d'estudi s'associen a la utilització dels serveis d'atenció primària, d'especialista i d'atenció hospitalària de maneres diferents. Les taules 2, 3 i 4 mostren numericament aquests patrons.

A la taula 2 s'observa una major utilització de serveis d'atenció primària en les edats entre 0-16 anys i, sobretot, en el grup de més de 60 anys. Les edats intermitges apunten unes raons d'odds molt inferiors a la categoria de referència (més de 60 anys) indicant una menor utilització dels serveis d'atenció primària per part d'aquests grups d'edat. Quant a la variable gènere, el fet de ser dona també s'associa a un major ús de l'atenció primària. Els indicadors d'estat de salut o necessitat també determinen la utilització d'aquests serveis. Així, aquells individus que diuen tenir un estat de salut regular o dolent, o aquells altres que pateixen malalties agudes i/o cròniques que limiten les seves activitats diàries, fan un ús major de serveis sanitaris d'atenció primària que els que diuen no tenir aquestes dolences o estats de salut. La variable ingressos econòmics és significativa solament quan comparem el grup de més alts ingressos amb els dos d'ingressos més baixos, de manera que els individus amb nivells d'ingressos més baixos i nivells d'estudis més baixos s'associen a una major utilització dels serveis d'atenció primària.

El segon patró es concreta en les variables que s'associen a l'utilització de serveis d'especialista (vegeu taula 3). Així, pel que fa a la variable edat, les edats intermitges (40-59 anys) s'associen a un major ús d'aquests serveis. Malgrat això, els patrons són diferents per a homes i per a dones. Les edats intermitges són importants en la categoria de dones però no ho són pas en el cas dels homes. En el seu conjunt, la condició femenina s'associa de manera important amb la utilització d'aquest tipus de serveis, tal com mostra la raó d'ods per a la variable gènere. Les variables de necessitat o estats de salut són totes significatives, és a dir, aquells individus inclosos en les categories de salut regular o dolenta, o amb malalties agudes i/o cròniques limitadores de les activitats diàries, manifesten un major consum de serveis d'especialista. Les variables ingressos econòmics i nivells d'estudis són estadísticament significatives en totes les seves categories, de manera que a mesura que els ingressos o els nivells d'estudis són més alts, la utilització dels serveis d'especialista també creix. Això és cert tant per al col·lectiu d'homes com per al de dones.

El tercer patró l'ofereix l'atenció hospitalària (vegeu taula 4). Pel que fa a la variable edat, s'ha de distingir de nou entre homes i dones. En els homes, les edats que s'associen a un major consum de serveis d'atenció hospitalària són les edats més grans, és a dir, més de 60 anys. En el grup de les dones, són de nou les edats intermitges les que s'associen a un major ús de serveis hospitalaris. Els homes, però, són els que fan un major ús d'aquests serveis una vegada ajustats els resultats per edat i estats de salut.

En aquest tercer patró, les variables que identifiquen necessitat, com ara salut regular o dolenta i malalties cròniques limitants, són totes dues significatives. La presència de malalties agudes no és, però, significativa. Tampoc no es van trobar diferències significatives en l'ús de serveis hospitalaris entre els diferents grups d'ingressos econòmics o nivells d'estudis una vegada ajustats pels indicadors de necessitat.

DISCUSSIÓ

El primer que cal dir és que els resultats mostren desigualtats en salut segons nivells d'ingressos. Aquests resultats reforcen els publicats a la literatura sobre desigualtats en salut tant per al conjunt d'Espanya com per a Catalunya. Cal recordar que les conclusions principals dels estudis publicats apunten clares desigualtats en salut segons la classe social, els nivells d'estudis, l'ocupació i els ingressos. Així, nivells més baixos d'estudis o d'ingressos s'associen a pitjors estats de salut, mesurant aquests amb els indicadors mencionats. Es confirma, doncs, la presència, per a Catalunya, d'un gradient socioeconòmic en la distribució de la salut. Es tracta, no obstant, d'un gradient que canvia d'intensitat segons l'indicador de salut/necessitat i els índexs de desigualtat utilitzats.⁹

La comparació de les corbes de concentració de salut/necessitat i despesa, així com els índexs de desigualtat, ens han permès mesurar l'equitat en la provisió de serveis sanitaris per al conjunt del sistema, és a dir l'associació entre l'esmentat gradient socioeconòmic en la distribució de la salut o la mala salut i la provisió de serveis sanitaris. Els resultats globals ens permeten dir que el grau d'equitat dels sistema sanitari a Catalunya és elevat, similar al d'altres països com ara Dinamarca i Holanda. La comparació amb el cas d'Espanya (Rodríguez cols., 1993) indica que el grau d'equitat a Catalunya no es fruit d'una distribució de la salut menys desigual sinó més bé d'una distribució de la despesa més d'acord amb les necessitats de la població.

L'estudi, a més, posa de manifest que la utilització en l'atenció primària i l'atenció especialitzada per a Catalunya és desigual. Existeix un contrapès entre la utilització

9

Possibles explicacions a la presència d'aquestes desigualtats en salut es troben suficientment detallades i debatudes a la literatura i inclouen factors com ara els estils de vida, l'edat, el gènere, els factors hereditaris, els aspectes socials i de la comunitat on es viu, les condicions de vida i treball, així com factors molt més generals sobre aspectes socio-econòmics, culturals i de medi ambient (Macintyre, 1989; Dahlgren i Whitehead, 1991; Benzeval i cols., 1995; Blane, 1995).

de serveis d'atenció primària i especialitzada de manera que la prestació d'atenció primària afavoreix els grups socioeconòmics menys afavorits mentre l'atenció especialitzada afavoreix aquells altres més benestants. Per la seva banda, l'atenció hospitalària, que representa el volum més important de despesa en sanitat, es pot considerar com molt equitativa, atès que és la necessitat mèdica la que determina la seva utilització.

Implicacions per a la política sanitària

L'anàlisi de perquè, com i quan la població fa un ús determinat de l'atenció sanitària és cabdal en el disseny de les estructures organitzatives, la gestió de serveis sanitaris i la correcció de desigualtats. En aquest sentit, el present estudi ens ofereix una informació de gran valua per al disseny de polítiques en el nostre context.

No obstant això, en l'anàlisi de l'equitat i les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris no és fàcil concretar raons o elements explicatius. A la literatura en trobem models que volen oferir possibles explicacions en base a un ventall de factors molt diversos. En aquest respecte, cal destacar les contribucions dels models sobre creences en salut (*Health Belief Model* o *HBM*), els models de comportament social (*Social-Behavioural Models* o *SBM*), el model d'elecció racional (*Rational Choice Model* o *RCM*), i els models de xarxes socials (*Social-Network/Episode Model*). L'*HBM* insisteix en el fet que la utilització de serveis sanitaris està influïda per variables com ara la percepció dels riscos i beneficis per part de la població a l'hora de fer ús dels serveis sanitaris, la predisposició a prendre decisions i accions sobre la pròpia salut, la presència de factors interns i externs com ara patiment o restricció d'activitat habitual causats per l'estat de salut, o altres factors anomenats modificadors com són el gènere, l'edat, la condició econòmica, l'ètnia o la

personalitat (Egan i Beaton, 1987; Attias i cols., 1995).¹⁰

El model SBM identifica tres tipus de factors que poden ajudar a explicar l'utilització de serveis sanitaris. El primer el configuren els factors predisponents, com ara les característiques demogràfiques i socials així com les creences i actituds vers els serveis sanitaris. Un segon grup de factors enomentats facilitadors advoquen per la importància de aspectes relacionats amb l'accés als serveis i les característiques organitzatives del sistema sanitari, els mitjans, coneixements, habilitat per actuar, disponibilitat geogràfica, constància en la presència i actuació dels serveis sanitaris, temps dels desplaçaments, o dificultats financeres que, en els seu conjunt, limiten o promouen la utilització. Per últim, el model SBM destaca la rellevància de les variables de necessitat que fan referència a la malaltia, la seva severitat i els seus símptomes, no solament des d'un punt de vista clínic però també social i psicològic (Anderson i Newman, 1973; Anderson i Aday, 1978; Anderson i cols., 1991; Borràs, 1994; Rogers i Elliott, 1997).

El model RCM és un model molt present en el raonament econòmic en sanitat i no s'ha d'entendre com a oposat a l'HBM. El model RCM explica la utilització de serveis sanitaris en base al balanç que fa l'individu respecte als possibles costos i beneficis de les seves decisions davant de situacions amb característiques, limitacions i oportunitats concretes (Pescosolido, 1992).

Finalment, el model de xarxes socials en sanitat suggereix que tant els factors de tipus individual com els socials són importants a l'hora d'explicar la utilització que la població fa dels serveis sanitaris al seu abast. Es dona importància als elements d'interacció social i a les xarxes de suport social menys formals, juntament amb els factors tradicionals en els altres models explicats. Aquest model, no obstant, tracta

10

El model HBM suggereix que aquells grups o individus que fan un major ús de serveis sanitaris ho fan perquè perceben els símptomes de diferent manera, pateixen més ansietat per situacions de salut perduda, tenen una percepció de control sobre la seva salut menor, tenen una major convicció de la capacitat resolutoria dels serveis sanitaris així com de l'efectivitat dels tractaments al seu abast, entre d'altres.

d'explicar no solament perquè els diferents grups d'edat, gènere o condició socioeconòmica utilitzen de forma diferent els serveis sanitaris, sinó també quan i com (Pescosolido i Boyer, 1996; Rogers i Elliott, 1997).

Aquests models no són pas mútuament excloents. Pel contrari, s'haurien de concebre com a complementaris a l'hora d'explicar la utilització dels serveis sanitaris a Catalunya així com la presència de diferents patrons segons nivells assistencials. De fet, podem argumentar que molts dels elements descrits en aquests models poden estar força presents en el nostre context.

Alguns dels factors apuntats tenen la seu arrel en l'organització i planificació dels sistemes sanitaris, però s'ha de destacar que el perquè, qui i com fa ús d'un determinat sistema de provisió pot explicar-se per molts altres factors, individuals i col·lectius, propis de les característiques socials i econòmiques de la població..

El present estudi ha contribuït al coneixement del grau d'equitat global de la sanitat catalana, i de com la població fa ús del seu sistema sanitari segons els nivells assistencials. Conèixer millor la importància relativa de cadascun dels elements esmentats permetrà dissenyar polítiques més específiques i a mida, que davant dels reptes ineludibles de l'equitat, l'eficiència i la qualitat, ajudin a sopesar la idoneïtat de canvis en la provisió o la introducció d'incentius positius i negatius a la utilització.

Les primeres implicacions de política sanitària que es desprenen dels resultats apuntats haurien de centrar-se en les variables i factors que afecten la desigual distribució de la salut i la necessitat a la població de Catalunya. Les polítiques sanitàries haurien d'insistir sobre les mesures preventives, l'educació per a la salut, la salut pública en general, l'estudi de les variables epidemiològiques d'incidència, prevalença i risc de les malalties en el nostre context d'actuació, així com en l'assistència sanitària adequada. No obstant això, s'enten que hi ha molts altres factors que determinen la salut dels individus i que escapen a l'actuació directa de la

política sanitària com ara la vivenda, el treball, les infraestructures, el transport, o el medi ambient que són potser més desconegudes com a matèria d'estudi i anàlisi pel que fa al seu impacte en la salut de la població.

En referència a l'equitat en la utilització dels serveis sanitaris, cal adreçar la despesa sanitària cap a aquells grups menys afavorits, sense oblidar el caràcter universalista de la cobertura dels serveis sanitaris. Cal destacar en aquest sentit la necessitat d'explorar en més detall la presència de patrons de com, perquè i quan la població utilitza els diferents nivells assistencials segons edat, gènere i grups socioeconòmics i àrees geogràfiques petites.

L'estudi de l'equitat també implica fer recerca sobre l'efecte de les polítiques en l'equitat del sistema, és a dir, sobre el que s'hauria de fer per tal de preservar l'equitat i no augmentar les desigualtats. Els estudis han de fomentar-se en els tres nivells de gestió de política sanitària, micro, meso i macro, des de la pràctica clínica més propera a l'individu fins a les decisions de gestió estratègica i de reforma sanitària. Aquesta serà una peça clau del debat sanitari del futur, particularment pel que fa als mitjans, instruments, nivells d'actuació, de coordinació i de participació més efectius.

Finalment, val a dir que els esforços de recerca en el futur haurien també de donar continuïtat als aspectes metodològics sobre la medició de l'equitat i les desigualtats. L'estudi de l'equitat es veu influït pels instruments de mesura i per les fonts de dades disponibles, aspectes sobre els quals la recerca en serveis sanitaris i l'aplicació de les noves tecnologies de la informació poden oferir grans avenços.

Consideracions finals

Atès el procés de descentralització sanitària, la recerca sobre desigualtats en salut i en la utilització dels serveis sanitaris hauria d'enfocar-se al nivell d'actuació política més adequat com s'ha fet en aquest estudi, asumint el repte de l'equitat, dissenyant polítiques de correcció de les possibles desigualtats, i fomentant la recerca i avaluació sobre l'efectivitat d'aquestes polítiques

L'objectiu de l'equitat en sanitat és un repte constant a la societat actual, no solament per que requereix de grans dosi de solidaritat sino també com a resultat de l'aparició de noves necessitats, noves demandes, noves tecnologies, noves incerteses i valors socials en constant canvi, així com de noves formes de gestió i provisió de serveis sanitaris. El camí és certament inexplorat en molts dels seus aspectes davant els quals les autoritats sanitàries han d'exercir un rol central, no solament en el compliment de l'objectiu d'equitat en la provisió de serveis sanitaris, sinó també en l'orientació específica de la resta de polítiques que tenen un impacte en la salut de la població.

BIBLIOGRAFIA

Abásolo I, Jones A, Manning R. Equidad en la provisión y acceso al médico general público en España. Presentat a les *XVIII Jornadas de Economía de la Salud* celebrades a Vitoria-Gasteiz el maig de 1998..

Anderson R. Revisiting the behavioural model and access to care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour* 1995;36:1-10.

Anderson R, Aday L. Access to medical care in the US: realized and potential. *Med Care* 1978;16:533-46.

Anderson R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973;51:95-124.

Arias LC, Borrell C. Desigualdades en la mortalidad segun la educacion en la ciudad de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1995;110:161-6.

Artigas J. Health services decentralization in Spain. A: Mills A, et al. Health system decentralisation. Concepts, issues and country experience. *World Health Organization WHO*;1990.

Attias J, Shemesh Z, Bleich A, Solomon Z. Psychological profile of help seeking tinnitus patients. *Scand Audiol* 1995;24:13-8.

Bandrés E. Progresividad, equidad y efectos distributivos de los gastos sociales en España. *Hacienda Pública Española* 1991;117:17-42.

Benach J. Análisis bibliométrico de la desigualdades en salud en España (1980-1994). *Gac Sanit* 1995;9:251-64.

Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling inequalities in health: an agenda for action. London: Kings Fund Institute;1995.

Blane D. Social determinants of health -socioeconomic status, social class, and ethnicity [editorial]. Am J Public Health 1995;85:903-4.

Blaxter M. Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. Soc Sci Med 1997;44:747-56.

Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. A: Fox J, editor. Health Inequalities in European countries. Gower;1989.

Borrás JM. La utilització dels serveis sanitaris. Gac Sanit 1994;8:30-49.

Collins E, Klein K. Equity and the NHS: self reported morbidity, access and primary care. BMJ 1980;281:1111-5.

Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ 1993;12:431-57.

Culyer AJ. Health, health expenditure and equity. York: University of York. (Discussion Paper);April 1991.

Culyer AJ. Inequalities in health services is, in general, desirable. A: Green DJ, editor. Acceptable inequalities. London: The IEA Health Unit;1988.

Dahlgren G, Whitehead MM. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies;1991.

Diez E, Villalbi JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervencion. Gac Sanit 1995;9:224-31.

Doz JF, Gavagnach M, Ros E, Gracia LL, Romarguera M, Borrell C. Breve revisión del debate sobre las desigualdades sociales en salud. *Aten Primaria* 1996;17:585-9.

Egan K, Beaton R. Response to symptoms in healthy, low utilizers of the health care system. *Journal of Psychological Research* 1987;37:11-21.

Elola FJ. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria;1991.

ESCA. Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona: Sevei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya;1994.

Fernández de la Hoz K, León DA. Self-perceived health status and inequalities in the use of health services in Spain. *Int J Epidemiol* 1996;25:593-603.

Fox J, editor. *Health Inequalities in European countries*. Gower, 1989.

Ibáñez-Fraile A, Tejedor J. Equidad en la demanda de hemodinámica y cirugía cardíaca en Castilla León. *Rev Calidad Asist* 1995;10:7-12.

Latour-Pérez J, Gutiérrez-Vicent T, López-Camps V, Bonastre-Mora J, Giner-Boix JS, Rodríguez-Serra M, et al. Diferencias de esfuerzo terapeutico en razon del nivel socioeconomico en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Gac Sanit* 1995;9:5-10.

Le Grand J. The distribution of health care revisited [comentari sobre: Wagstaff, Van Doorslaer E, Paci P, O'Donnell and Propper. *J Health Econ* 1991;10:1-19;169-205]. *J Health Econ* 1991;10:239-45.

Le Grand J. *Three essays on Equity*. London: STICERD, Welfare State Programme N.WSP/23; 1987a.

Le Grand J. Equity and Choice. London: Harper Collins;1987b.

Le Grand J. The distribution of public expenditure: the case of health care.
Economica 1978;45:125-42.

Llorca J, Prieto MD, Alvarez CF, Delgado-Rodríguez M. Age differential mortality in Spain, 1900-1991. J Epidemiol Community Health 1998;52:259-61.

Luengo S, Lázaro P, Madero R, Alvira F, Fitch K, Azcona B, et al. Equity in the access to mammography in Spain. Soc Sci Med 1996;43:1263-71.

Macintyre S. The role of health services in relation to inequalities in health in Europe. A: Fox J, editor. Health Inequalities in European countries. Gower;1989.

Miguel JM De. Salud y Sanidad. A: Juárez, et al, editor. V Informe sociológico sobre la situación social de España: sociedad para todos en el año 2000. Madrid;1994:828-1087.

Mills A. Health system decentralisation. Concepts, issues and country experience. World Health Organization (WHO);1990.

Mooney GH. What does equity in health mean?. World Health Statistics Quarterly 1987;4.

Navarro V, Benach J. Informe de la comisión científica de estudio de la desigualdades sociales en salud en España. Rev Esp Salud Pub 1996;70:505-636.

Navarro-Rubio MD, Jovell AJ, Schor EL. Socio-economic status and preventive health care use by children in Spain. Am J Prev Med 1995;11:256-62.

O'Donnell O, Propper C. Equity and the distribution of UK NHS resources. Journal

of Health Economics 1991a;10:1-19.

O'Donnell O , Propper C. Equity and the distribution of UK NHS resources: a reply. Journal of Health Economics 1991b;10:247-79.

Pereira J. What does Equity in Health Mean?. J Soc Pol. 1993;22:19-48.

Pescosolido B, Boyer C. From the community into the treatment system -how people use health services. A: Horwitz A, Scheid T, editors. The sociology of mental illness. New York: Oxford University Press;1996,

Pescosolido B. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. American Journal of Sociology 1992;97:1096-138.

Puyol A. Justícia i Salut: ètica per al racionament dels recursos sanitaris. Ciència i Tècnica 1999; núm. 13. Cerdanyola del Vallès: Servei de Publicacions. Facultat de Filosofia i Lletres. Universitat Autònoma de Barcelona.

Regidor E, Navarro P, Domínguez V, Rodríguez C. Inequalities in income and long-term disability in Spain: analysis of recent hypotheses using cross-sectional study based on individual data. BMJ 1997;315:1130-5.

Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. Med Clin (Barc) 1996;107:285-8.

Rico A. La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes. Papeles de Economía Española 1998;76:49-66.

Rico A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996) [tesi Doctoral]. Madrid: Departamento de Sociología, Ciencia Política y Antropología

Social. Universidad Autónoma de Madrid;1997.

Rodríguez M, Calonge S, Reñé J. Spain. A: Van Doorslaer, editor. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press;1993.

Rogers A, Elliott H. Primary Care: understanding health need and demand. National Primary Care Research and Development Centre Series. Radcliffe Medical Press;1997.

Rohlfs I, Borrell C, Plasencia A, Passarin I. Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona. J Epidemiol Community Health 1998;52:205-6.

Ruiz T, Ronda E, Alvardez-Dardet C, Gil V, Belda J. Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: diferente o desigual ?. Gac Sanit 1995;9:76-83.

Sánchez-Fernández F, Vázquez-Sánchez MA, Ramírez-Sánchez MJ, Estebáñez-Carvajal F, Aparicio-Benito A. Programa de la mujer. Influencia de las desigualdades socioeconomicas en su cobertura. Rol 1995;18(197):19-25.

Segura A, Fernández E. Mortalidad y poca educación. Med Clin (Barc) 1998;110:177-9.

Sugden R. Who Cares?. IEA Occasional Paper 1983, núm. 67, London: Institute for Economic Affairs;.

Valero C, Villalbí JR, Borrell C, Nebot M. Desigualdades en salud al nacer: Barcelona, 1990-1991. Aten Primaria 1996;17:215-9.

Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press;1993.

Wagstaff A, Van Doorslaer E. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Econ* 1994;3:281-91.

Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *J Health Econ* 1991a;10:169-205.

Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Horizontal equity in the delivery of health care: a reply. *J Health Econ* 1991b;10:251-6.

Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med* 1991c;33:545-7.