

Gasto sanitario público y esperanza de vida: una inversión saludable



Elisenda Rentería Pérez
Investigadora Ramón y Cajal (CED)



Pilar Zuera Castillo
Investigadora (CED) e Investigadora asociada en ISER (U. Essex)

Durante la crisis financiera y la posterior recesión económica, la esperanza de vida en España continuó con su tendencia de crecimiento, pasando de 82,3 años en 2008 a 82,92 en 2014. Sin embargo, en un contexto de bajas tasas de mortalidad, es importante conocer la evolución del tiempo que vivimos en buena y mala salud. La gran heterogeneidad regional de España y su sanidad pública descentralizada nos permiten observar cómo diversos factores regionales económicos y sociodemográficos pueden estar asociados a cambios en los indicadores de salud. En este trabajo analizamos la evolución de los años vividos con y sin las condiciones de salud más prevalentes e incapacitantes a partir de los 50 años en 17 Comunidades Autónomas para entender su asociación con diversos factores macro socioeconómicos, de provisión pública de servicios de salud, de gasto público sanitario y de comportamientos relacionados con la salud. El período de análisis se extiende desde 2006 a 2019, para poder captar las fases de expansión, crisis y recuperación económica. Los resultados muestran que el gasto sanitario público per cápita es uno de los componentes que más explica las diferencias de salud entre regiones, y que un mayor gasto sanitario público implica más años vividos en buena salud y menos años vividos en mala salud.

¿Dónde se vive más y dónde se vive mejor?

Durante la pasada recesión económica (2008-2014), la esperanza de vida de España no dejó de crecer y durante los primeros años, los mayores beneficios en la mortalidad fueron en las clases sociales más desfavorecidas (Regidor et al., 2016). Puede parecer paradójico porque, a nivel individual, tener un mayor nivel socioeconómico está asociado a un mejor estado de salud. Sin embargo, durante una crisis económica se producen efectos colaterales, como una reducción de los accidentes laborales o los accidentes de tráfico, que tienen impactos positivos en la esperanza de vida de la población.

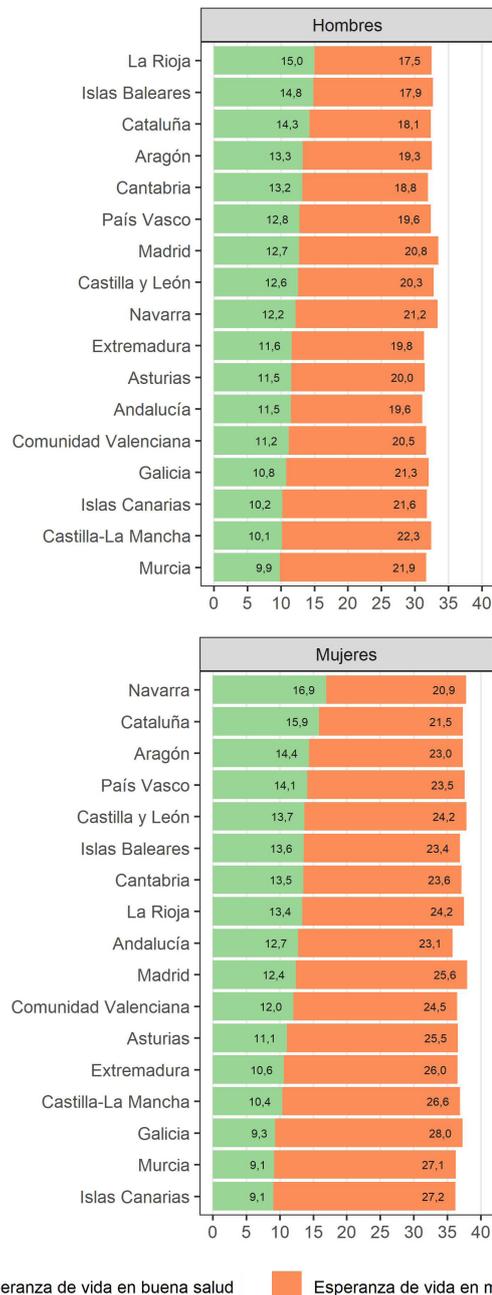


Figura 1. Esperanzas de vida sin y con condiciones crónicas de salud en 2019 por CCAA, hombres y mujeres

Fuente: European Health Interview Survey 2019 e INE

Al mismo tiempo, aunque la esperanza de vida sea un indicador ampliamente usado para medir la salud de una población, en un contexto de bajas tasas de mortalidad, como es el caso de España, una mayor longevidad puede suponer un número superior de años vividos en mala salud. Por eso es importante medir también los años que se espera pasar en buena y mala salud.

En un estudio previo divulgado aquí vimos que en España la esperanza de vida en buena salud no había progresado tan positivamente como la esperanza de vida entre las personas de 65 y más años (Zueras y Rentería, 2020). Los años vividos en buena salud mostraron una moderada mejoría entre 2006 y 2012 y un estancamiento hasta 2017, ampliando las diferencias entre las Comunidades Autónomas (CCAA). Esta creciente heterogeneidad de las esperanzas de vida en buena y mala salud por CCAA, ocurrió en un contexto de crisis económica, en el que hubo un gran impacto en el nivel socioeconómico de las personas y en la dotación de recursos públicos. Dada la descentralización del sistema sanitario en España y las diversas estrategias de gasto público adoptadas durante la crisis, el patrón temporal sugiere que no todas las CCAA se recuperaron al mismo ritmo de los recortes en los servicios de salud experimentados entre 2009 y 2014.

Dado el contexto de gran heterogeneidad regional, y de descentralización del sistema sanitario público, queremos entender cómo estos indicadores de salud (esperanza de vida en buena y mala salud) están asociados a factores de nivel macro de cada región durante un periodo de expansión, crisis y recuperación económica con una mirada retrospectiva de 14 años (de 2006 a 2019). Para ello, estimamos la esperanza

de vida a los 50 años y los años vividos con y sin alguna de las condiciones crónicas de salud más prevalentes y limitantes consideradas ya en estudios previos: asma, cáncer, diabetes, dolor de espalda crónico, enfermedades coronarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, ictus e infarto de miocardio. Los datos de salud provienen de seis encuestas de salud nacionales y europeas (2006, 2009, 2012, 2014, 2017 y 2019) y los datos de mortalidad son los facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Para los factores macro usamos indicadores de niveles socioeconómicos, provisión pública de servicios de salud, gasto sanitario público y prevalencia de factores de comportamientos relacionados con la salud de 17 CCAA (no incluimos Ceuta y Melilla) (Rentería y Zueras, 2022). Cuando hablamos de esperanza de vida en buena salud nos referiremos a los años que se espera vivir a partir de una edad sin alguna de las condiciones crónicas de salud consideradas (EVBS). La esperanza de vida en mala salud (EVMS) será, por consiguiente, los años que se espera vivir con alguna de estas condiciones, y la suma de la EVBS y la EVMS resultará en la esperanza de vida (EV).

La figura 1 muestra los contrastes que existen entre las CCAA en EVBS y EVMS a los 50 años para 2019. Aquellas comunidades que presentan mayores EV no siempre son las que muestran más años de vida en buena salud. Por ejemplo, la CCAA con una mayor EV a los 50 años entre los hombres es Madrid (con 33,5 años), que se sitúa en séptimo lugar en la clasificación de años de vida vividos en buena salud (con 12,2 años). La figura plasma grandes desigualdades entre regiones, que son más pronunciadas cuando se comparan las EVBS y las EVMS. Mientras la diferencia entre la región con mayor y menor EV es de 2,4 años y 2,1 años, para hombres y mujeres,

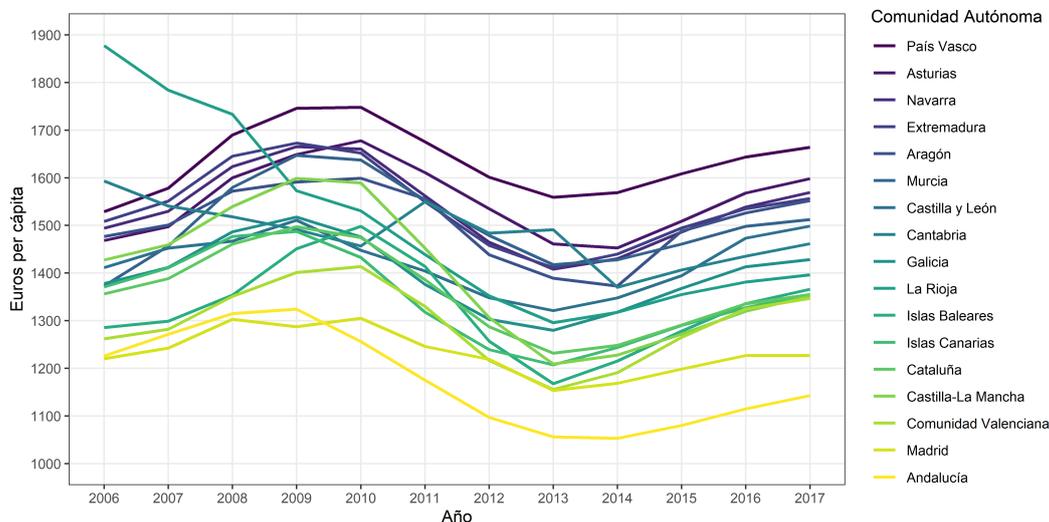


Figura 2. Evolución del gasto sanitario público por CCAA 2006-2019 (medias móviles)

Fuente: Ministerio de Sanidad

respectivamente, la mayor diferencia de EVBS es de 5,1 años (hombres) y 7,8 años (mujeres) entre la región con más y menos años vividos en buena salud. Las diferencias de EVMS también son más importantes que entre las EV, con 4,8 años para los hombres y 7,1 años para las mujeres.

Las diferencias regionales en gasto sanitario público

España se caracteriza por tener un sistema sanitario público descentralizado a favor de las administraciones regionales (CCAA) des de 2002. La crisis financiera de 2008 tuvo un impacto muy importante en la economía pública española que se extendió en el tiempo, provocando reajustes en las finanzas públicas. Entre 2009 y 2014 se produjeron reducciones en el gasto público, que también repercutieron en el gasto sanitario público. Estos recortes se produjeron en todo el territorio español, pero hubo diferencias importantes entre las regiones.

La figura 2 muestra la evolución del gasto sanitario público per cápita -en valores constantes anuales (euros de 2015)- en las distintas CCAA de España. Los niveles de gasto per cápita difieren mucho según la región, ya que los valores más altos superan a los más bajos en un 50%. Sin embargo, las tendencias temporales son similares, mostrando dos puntos de inflexión claros. Aunque el inicio de los cambios puede diferir un algunos años para cada CCAA, el gasto público aumentó

hasta alrededor de 2008-2010, y luego disminuyó hasta 2013-2014, cuando volvió a aumentar hasta la actualidad. Las dos excepciones a esta tendencia son La Rioja y Cantabria donde el descenso del gasto sanitario per cápita se observa desde 2006, aunque son dos regiones pequeñas, donde los indicadores per cápita son más sensibles a los cambios poblacionales. En 2012-2014 la mayoría de las regiones experimentaron los niveles más bajos del periodo, como consecuencia de los recortes en la sanidad pública que se iniciaron en torno a 2008-2010. A partir de 2013-2014, el gasto sanitario se recuperó, pero en 2017-2019 muchas CCAA aún no habían alcanzado los valores reales de 2008-2010.

Macro factores regionales que explican los cambios en las esperanzas de vida en buena y mala salud

Para entender si existe una relación entre la evolución del gasto sanitario público y el tiempo vivido sin y con condiciones crónicas de salud, realizamos un modelo en el que controlamos por diversos factores a nivel macro de las CCAA españolas. Escogimos diversos indicadores socioeconómicos, datos de gasto sanitario, indicadores de servicios y recursos humanos en salud, e informaciones sobre comportamientos individuales relacionados con la salud. En el modelo final solo incluimos aquellos indicadores estadísticamente significativos en

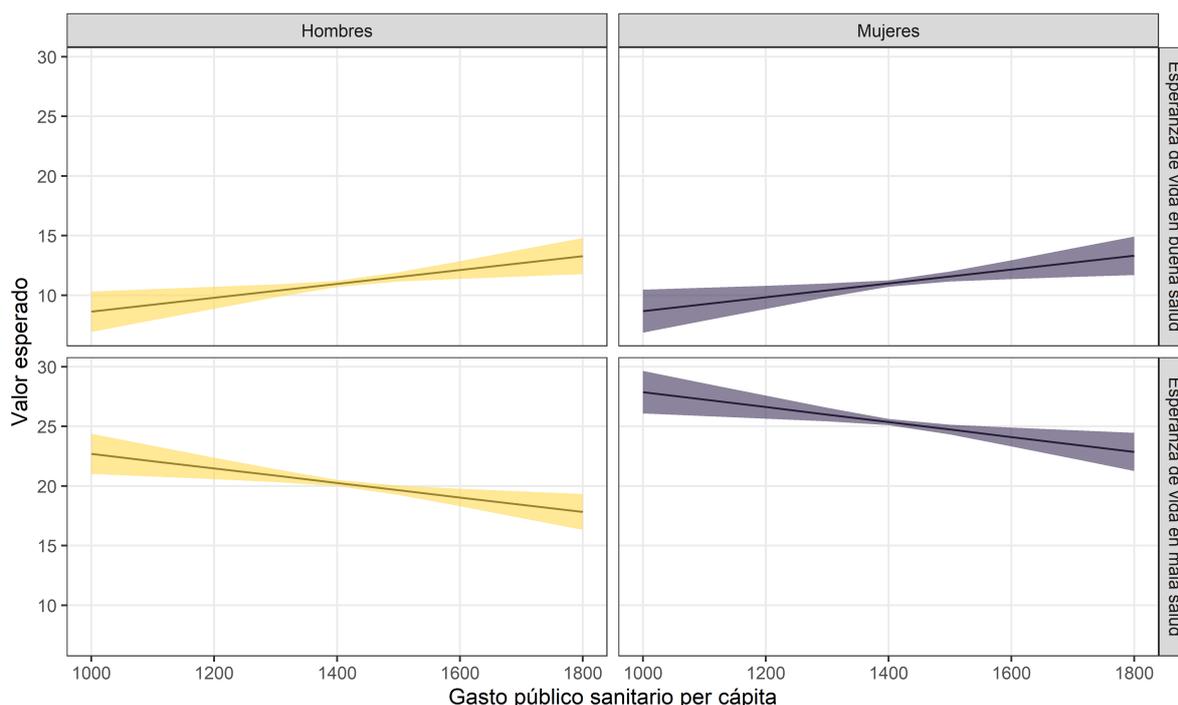


Figura 3. Correlación entre EVBS/EVMS y Gasto público sanitario per cápita, hombres y mujeres.

Fuente: Estimaciones de las autoras

la correlación de pares con las medidas de salud (EVBS y EVMS), que fueron: PIB per cápita, tasa de desempleo entre las personas de más de 55 años, porcentaje de la población de 50 años y más con educación primaria o inferior, gasto sanitario público per cápita, gasto hospitalario público per cápita, gasto en atención primaria pública per cápita, número de doctores especialistas por 1000 habitantes, número de enfermeras especialistas por 1000 habitantes y el porcentaje de la población de 50 años y más con obesidad. Realizamos un modelo de efectos fijos de forma separada para hombres y mujeres, y para cada medida de salud. A pesar de que todas las variables citadas mostraron una asociación con la EVBS y la EVMS, al incluirlas todas juntas, la única variable que fue significativa en todos los modelos fue el gasto sanitario público. Esta mostró que cuanto más gasto sanitario público per cápita se hace, mayor es el número de años vividos sin enfermedad (EVBS) y menor es el número de años vividos con enfermedad (EVMS). Igualmente, el gasto hospitalario per cápita también presentó la misma asociación que el gasto público sanitario para ambos sexos, pero solo con la EVBS.

En la figura 3 mostramos el valor esperado de la correlación entre gasto sanitario público per cápita y la EVBS y la EVMS, para hombres y mujeres, con sus correspondientes intervalos de confianza. Esta correlación controla por todos los otros factores macro que incluimos en el modelo. Según lo observado en estos 14 años, el modelo estima que gastar 800 euros más por persona en salud pública se tradujo en, al menos, 1,5 años

más de vida en buena salud a los 50 años para los hombres y 1,2 años para las mujeres. En el caso de la EVMS, 800 euros más implicarían 1,7 años menos de vida en mala salud para los hombres, y 1,6 años menos para las mujeres.

Gastar más en salud pública aumenta los años de vida en buena salud

En este estudio medimos los años vividos con y sin condiciones crónicas en las CCAA de España a los 50 años, y analizamos qué factores podían estar explicando las diferencias de estas medidas en el territorio. Entre todas los indicadores macro que utilizamos, el más consistente fue el gasto sanitario público per cápita, que, en un contexto de crisis financiera, truncó su continuado crecimiento. Las diferencias temporales y regionales en la aplicación de este gasto sanitario parecen estar asociadas a las fluctuaciones observadas en años vividos en buena y mala salud, de forma que un mayor gasto sanitario per cápita implica más años de esperanza de vida en salud y menos años de esperanza de vida en mala salud, durante el periodo observado. Así pues, puede afirmarse que la gestión sanitaria a nivel regional tiene un impacto en la prevalencia y prevención de enfermedades de las personas de edad madura y avanzada nada desdeñable, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas que busquen reducir la carga de enfermedades en la población. Gastar en salud, por si alguien lo dudaba, resulta una inversión saludable.

Referencias bibliográficas

Regidor, E., Vallejo, F., Granados, J. A. T., Viciana-Fernández, F. J., de la Fuente, L., & Barrio, G. (2016). Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. *The Lancet*, 388(10060), 2642-2652.

Zueras, P., y Rentería, E. (2020). Trends in disease-free life expectancy at age 65 in Spain: diverging patterns by sex, region and disease. *PLoS One*, 15(11), e0240923.

Zueras, P. y Rentería, E. (2021). La esperanza de vida libre de enfermedad no aumenta en España. *Perspectives Demogràfiques*, 22: 1-4 (ISSN: 2696-4228). DOI: 10.46710/ced.pd.esp.22.

Rentería, E., y Zueras, P. (2022). Macro-level factors explaining inequalities in expected years lived free of and with chronic conditions across Spanish

regions and over time (2006-2019). *SSM – Population Health*, 19:101152. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101152.

Cita

Rentería, E., y Zueras, P. (2022) "Gasto sanitario público y esperanza de vida: una inversión saludable", *Perspectives Demogràfiques*, 29: 1-4 (ISSN: 2696-4228). DOI: 10.46710/ced.pd.esp.29

ISSN

ISSN 2696-4228

DOI

<https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.29>

Editores

Andreu Domingo y Albert Esteve

Correspondencia dirigida a:

Elisenda Rentería
erenteria@ced.uab.es

Créditos

Gráficos: Anna Turu

Maquetación

Xavier Ruiz y Eva Albors

Agradecimientos

Este trabajo recibió ayuda del "Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016, Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad, Subprograma Estatal de Formación y en el Subprograma Estatal de Incorporación: Ayudas para Contratos Ramón y Cajal 2017 [RYC-2017-22586]"; del proyecto del Ministerio de Ciencia e Innovación y del Plan Nacional R&D&I COMORHEALTHSES (PID2020-113934RB-I00); del Economic and Social Research Council (ESRC) a través del Research Centre on Micro-Social Change (MiSoC) en la University of Essex, ES/S012486/1; y del programa

CERCA de la Generalitat de Catalunya.

Dirección Twitter

@CEDemografia

Contacto

Centre d'Estudis Demogràfics.
Calle de Ca n'Altayó, Edificio E2
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra / Barcelona
España
+34 93 5813060
demog@ced.uab.es
<https://ced.cat/es/>