



full de càlcul

L'impacte de la crisi a la salut

vista prèvia >

El binomi economia/salut no parteix d'una relació senzilla. És fàcil quantificar les despeses d'un servei, però —malgrat existir indicadors que ens hi aproximem— molt més complicat mesurar la salut de les persones amb una xifra tan objectiva com el cost econòmic. En el mateix sentit, no és estrany imaginar-nos que l'atur té un impacte negatiu sobre la salut —amb l'aparició, entre d'altres, de factors com l'ansietat o una pitjor alimentació— però, ¿el creixement econòmic provoca una millora en la salut de les persones? O a la inversa, ¿la bona salut de la població té un impacte positiu sobre l'economia? Resoldre qüestions com aquestes és bàsic per la salut d'un dels principals pilars de l'estat del benestar. D'aquí la importància de l'Economia de la Salut.



Guillem López Casasnovas

Catedràtic d'Economia de la UPF

guillem.lopez@upf.edu

La part més arriscada a l'hora de valorar l'impacte de la crisi a la salut són els components no genètics, que configuren el 70% del total. D'aquests factors, dos terços són elements socials i de comportament. L'altre terç fa referència a la cura de la salut.

És sabut que l'atur està vinculat a la mala salut i s'ha associat a un augment de les taxes de mortalitat, especialment de les malalties del cor i el suïcidi. Una evidència que contrasta amb l'altra banda de l'Atlàntic, on es produeix una millora de l'exercici i l'estil de vida quan l'individu es queda sense treball, però aquesta realitat es fa difícil d'extrapolar en altres situacions. En general, és un tema clau combatre l'ansietat i l'aïllament social derivats de la pèrdua del treball i la pobresa, així com l'erosió del capital humà, la mala nutrició i el comportament poc saludable que provoca l'atur. En aquest sentit, donada la desigualtat en rendes creada per la situació laboral, l'ajust econòmic podrà incidir de manera desigual comptant, per aquest fet, menys les polítiques més universalistes del *welfare* que les econòmiques selectives del *workfare*.

En qualsevol cas, són part d'un nou enfocament de l'epidemiologia i la seva relació amb els factors determinants macrosocials de la salut, aspectes com: 1) l'equitat entre generacions —el benestar dels nens: el capital humà del futur; 2) les pràctiques fiscals, que en sistemes fiscals duals condueixen a la regressivitat; 3) la bretxa educativa i els seus efectes sobre la desigualtat per exemple en l'àmbit del tabaquisme i el sobrepès; 4) les regulacions urbanístiques i mediambientals —*zoning* amb incidència en la mobilitat i finalment en les malalties respiratòries i l'obesitat; i 5) pràctiques empresarials —producció i disseny, la comercialització i la distribució al per menor i preus— i en els seus efectes sobre el consum i hàbits de nutrició.

A més d'aquests factors, cal tenir en compte l'evolució de l'estructura econòmica, dels mercats de treball i dels models de benestar —les polítiques familiars en general, o més orientades al mercat— i la incidència que poden tenir els fenòmens migratoris. Per analitzar-ho ens hi podem aproximar a través dels factors d'interrelació de les

variables explicatives convencionals com són els ingressos, la pobresa, la desigualtat, l'educació, els estils de vida... Si ens fixem en els estats de la OCDE, podem veure que hi ha importants diferències. Així, Alemanya i Grècia són els que depenen més de les fluctuacions, donada l'elasticitat d'ingressos per a la cobertura de la salut. En canvi, fixant-nos en la desigualtat associada a la renda, qui en surt més malparat són Bèlgica, Irlanda i el Regne Unit. L'Estat espanyol, Portugal i Suïssa tenen una mala posició en l'àmbit de la pobresa; i en l'estil de vida, és a dir, l'accés desitjat i no satisfet en necessitat d'examen mèdic, qui té un índex superior és Eslovàquia, Grècia Polònia i Portugal. Finalment, les diferències socials derivades de l'educació són preocupants a Hongria, Holanda, Polònia i la República Txeca, les quals presenten els pitjors coeficients.

Malgrat aquest fet, en termes globals, no existeix cap evidència suficient per tal que les relacions observades serveixin per predir el futur. En aquest sentit, calen mètodes millors dins de l'enfocament de dades de panell de caràcter individual micro.

Per analitzar l'impacte sobre les desigualtats sobre la renda, cal tenir en compte l'estructura econòmica, els mercats de treball, el model de benestar i la incidència de les migracions

Un altre factor per analitzar, són els estudis de mecanismes, és a dir, les vies de transmissió amb les que operen els canvis. A tall d'exemple, veure com operen alteracions de la renda o del treball en espais de temps breus sobre les tendències bàsiques més estructurals com poden ser la inversió en capital humà o el comportament de l'individu. En qualsevol cas, no resulta obvi que, malgrat superar les dificultats dels àmbits analitzats, les polítiques actuals de salut pública puguin capgirar les tendències.

Al nostre entendre, es necessita més anàlisi de l'epidemiologia i de la marcoeconomia dels factors socials. Alhora, més enllà de l'evidència més o menys contrastada, el sentit comú apunta a quatre elements a tenir en compte:

Els factors de risc per a la salut associables a la crisi econòmica i a l'atur com són: la major ansietat; l'alimentació menys sana; i l'acumulació de menor capital humà.

Els efectes de la restricció pressupostària incideixen de mode diferent en la despesa social. Així, el consum públic per la provisió de serveis

esdevé més protegit que el finançament de les transferències socials. Les despeses en atenció sanitària estan en menor risc en un sistema keynesià en el que es considerin els multiplicadors de la despesa.

Els efectes finals depenen previsiblement molt més de la família i del model bàsic d'assistència social prevalent, la quantia dels actius del risc compartit i la composició de la carpeta d'actius financers més o menys exposats a la volatilitat financera o dels perceptors duals en ingressos de família.

Cal ser doncs, selectiu en les polítiques públiques a dur a terme tenint en compte la variància com a element rellevant per implementar accions pels grups beneficiats i pels més fràgils en particular.

Les interrelacions entre Economia i salut en el cycle econòmic

En la mesura en què la crisi econòmica continua, són moltes les veus que assenyalen la concatenació que s'estaria produint entre la pèrdua de renda, les desigualtats socioeco-

nòmiques i el seu impacte sobre la salut.¹ El missatge principal dels estudis revisats és: a) que l'evidència de la relació entre crisi i desigualtats a la salut de moment és elusiva, encara que probable, i que els mecanismes de salvaguarda de danys de la crisi sobre la salut no té contrafactuals ajustats per a l'acció de la política sanitària; i b) que en qualsevol cas, el nostre sistema de salut, anquilosat en les seves inèrcies, no sembla respondre amb canvis orientats a enfrontar-se a la part del problema que es pot prevenir, que no és tot.²

1. Una seqüència de concatenació elusiva

La literatura que tracta sobre com les crisis econòmiques afecten a la salut és dicotòmica. Alguns autors argumenten que les crisis tenen efectes positius —experiències als EUA, bàsicament— i altres en negatiu —el cas de la descomposició de les repúbliques soviètiques—, i entremig, les que detecten un factor negatiu

1 CASASNOVAS, «Crisis econòmica, regresión de la renta, desigualdades en salud».

2 Afirmació de l'autor a partir de la seva pròpia experiència en participar durant dos anys com a *senior advisor* a la Comissió de l'OMS sobre desigualtats en salut.

És sabut que estar a l'atur està vinculat a la mala salut i s'ha associat a un augment de les taxes de mortalitat, especialment de les malalties del cor i el suïcidi

neutralitzat per les xarxes de l'estat del benestar —la crisi de Finlàndia per exemple. De la suposada experiència dels EUA, s'explica que la crisi i l'augment de l'atur redueixen l'estrès poblacional, disminueix els costos d'oportunitat d'alguns comportaments saludables —exercici, control diatètic— i augmenta els dels insans —tabac i alcohol davant una disminució de la renda. De totes aquestes hipòtesis en són possibles concatenacions inverses, fet que provoca que la part empírica sigui decisiva. Del cas soviètic, són precisament els consums nocius els que s'associen a la crisi, amb efectes greus sobre la morbimortalitat de la població. Però la sospita que hi podria haver hagut un canvi en les estadístiques que s'han deixat de manipular amb la Perestroika, pot oferir també una explicació plausible. En tot cas, tampoc sembla raonable considerar, que la situació dictatorial anterior era «millor» ja que els factors explicatius podrien no deure's tant a la desigualtat de la renda —qüestió més fàcilment quantificable— com a la corrupció i a l'absència de capital social, intrínsec a tants anys de règims autoritaris. Ja sabem que, en general, com més lliure és una economia,

més desigualtat sembla conjugada al major creixement; i com més obertes les fronteres a la immigració, més desigualtat social, encara que pels immigrants, el «vot amb els peus» és un símptoma inequívoc de la seva pròpia millora; i, per contra, economies tancades i amb el Teló d'Acer fan societats més iguals, més pobrament iguals. Finalment l'anàlisi finès no té contrafactual fàcil en temps i lloc: la crisi no ha tingut incidència en la salut de la població, però la contribució de l'estat del benestar no permet òbviament ser valorat respecte del que hauria pogut passar en la seva absència.

Per la resta, les valoracions empíriques tenen una validesa limitada a) al període observat, sense clara capacitat extrapolable; b) al país en qüestió, la seva cultura, la idiosincràsia de la seva gent, la naturalesa del sistema de protecció social i als efectes de composició que engloben tant allò individual com col·lectiu; i c) al funcionament efectiu del dispositiu assistencial i les seves institucions en contextos diversos —de flexibilitat o de mercats de treball rígids; amb la mateixa xifra d'atur i en la combinació d'aturats de llarga du-

rada i de joves ni-ni; estoc d'aturats per grups d'edat; l'acompanyament de política social que procedeixi, ja sigui passiva o activa, via mercat de treball... Aquesta és una observació general per a diferents anàlisis de política sanitària que no permet una extrapolació senzilla.

En resum, la concatenació entre crisi econòmica, desigualtats de renda i salut no té bases empíriques robustes —sovint ni en les estimacions economètriques— i en molts pocs casos permet extrapolacions de resultats fora del temps i lloc. És, per tant, camp adobat als perjudicis polítics en el que molts analistes de la política sanitària imposen conjuntures i prediccions.

2. Del diagnòstic a la prognosi

Encara que no es pugui replicar *urbi et orbe*, degut a l'escassa evidència, convé preguntar-nos quina pot ser la resposta dels dispositius assistencials als problemes futurs. Certament els efectes, si es produeixen, poden visualitzar-se més en el llarg que en el curt termini. Malgrat tot, a nivell agregat la crisi pot mostrar la seva pitjor cara en l'acceleració de processos de cronicitat, sobretot a partir

Un sistema de protecció fragmentat, en el que importa més «qui» i en «el què» es gasta, en lloc de «per què» i «com» es gasta, no sembla ser l'adequat per afrontar nous reptes

de la pèrdua del subsidi, i constatada la durada del període sense feina, ja sigui amb o sense xarxa familiar, i amb o sense responsabilitats cap a tercers. Acceptant, per tant, que la crisi trastoca l'*statu quo* familiar i personal de la ciutadania, fent emergir problemes actuals de salut o encobrint nous problemes de futur, la pregunta rellevant és la de si els sistemes de protecció social estan tenint l'orientació i respostes apropiades a les noves situacions. Un sistema de protecció social fragmentat, en el que importa més «qui» i «en el què» es gasta, en lloc de «per què» i «com» es gasta, no sembla ser l'adequat per afrontar nous reptes. Acabar amb els egoïsmes departamentals de la nostra administració obligaria a una major coordinació entre les polítiques de *welfare* —convingudes al «no treball»— amb les de *workfare* —precisament condicionant l'ajuda al treball. La prevenció de les situacions per les que els condicionants socioeconòmics poden impactar en la salut s'haurien de buscar l'origen del problema: en l'atur, en els condicionants al rebre les ajudes o en els propis cursos de formació d'aturats. Es focalitza la prevenció majoritàriament en els

crònics abans que en les poblacions asimptomàtiques? Hi ha més atenció a la salut mental de l'aturat de llarga durada i menys a les poblacions sanes? S'educa a l'aturat perquè sàpiga treure el màxim profit de la de la seva renda, a través de consums més austers, més rics en nutrients i igualment complaents? Res apunta a que això sigui una prioritat en les nostres polítiques, més centrades en la defensa de l'estat de les coses que en la seva avaluació o experimentació de les noves estratègies. Els arguments associats a l'amenaça de la crisi sobre la salut s'utilitzen normalment com a punt d'escapament per eludir la consolidació fiscal.

Desigualtats socials, societats inclusives i creixement econòmic

L'altra cara de l'anàlisi té a veure amb els beneficis de reduir les desigualtats en salut precisament com a impuls al creixement econòmic per a la sortida de la crisi. És a dir, el creixement inclusiu, amb la creació de riquesa menys desigual, amb els ingressos millor distribuïts com a fórmula per a generar més salut amb suficient equitat sanitària per a

acompanyar el creixement econòmic amb un major desenvolupament social.³ Malgrat tot, per posar a prova aquesta seqüència positiva, amb tots els vincles assumits, la seva validació demostra ser molt difícil. Això té a veure, per una banda, amb la qüestió de la causalitat inversa —en la identificació de què causa què— i per una altra banda, amb l'heterogeneïtat de la mostra i la diversitat observada en comparatives i amb múltiples limitacions en les dades.

Els determinants socioeconòmics de la salut proporcionen el vincle ocult pels estudis.⁴ Tot i així, l'anàlisi de l'impacte del creixement econòmic sobre la salut i l'impacte de la salut en el creixement econòmic, segueix sent una interrelació molt complexa per a la investigació de l'economia de la salut.⁵ Existeixen alguns problemes endogenitzats en ambdós enfocaments, particularment en el creixement econòmic pres com a variable, ja que la seva variació pot

3 LOPEZ-CASASNOVAS i MAYNOU, «Crecimiento económico inclusivo de la equidad sanitaria: en búsqueda de la prueba elusive».

4 OMS, «Determinantes económicos de la salud».

5 LOPEZ-CASASNOVAS, CURRAIS i RIVERA, *Health and economics growth*.

El creixement inclúsiu és la creació de riquesa de forma menys desigual, generant més salut amb una suficient equitat sanitària que acompanyi el creixement econòmic

explicar-se, entre altres raons, pel nivell de salut d'una població i en particular sobre les desigualtats en la seva distribució.

En general, la rellevància d'aquests enllaços pot ser provada més fàcilment a nivell macro, a través de la dinàmica de la salut i dels ingressos, en un estudi de tall transversal —per un país específic— o en el nivell micro, provant si els més pobres d'avui en dia, en un àmbit geogràfic d'alts ingressos i desigualtats, gaudeixen de millor salut que en el passat. A més, és probable que la relació entre l'ingrés i la salut no sigui lineal i pot estar afectada diferencialment pels impactes a curt termini. Per altra banda, la perspectiva estàndard és que les desigualtats en salut semblen referir-se principalment a la pobresa i no tant a la desigualtat de renda. Per tant, tenint en compte els patrons dinàmics de la salut i la pobresa, s'hauria de dedicar més atenció a la dinàmica de la salut al llarg del cicle de la vida de les persones i dels mecanismes de transmissió entre generacions, i no tant a les diferències entre països amb experiències molt diverses.

La Comissió sobre Macroeconomia i Salut de l'OMS, va assenyalar en el seu dia que podria haver-hi un cost considerable no percebut en termes de creixement econòmic com a resultat que alguns països mantinguin un nivell molt més baix de la salut respecte d'altres. Així, algunes investigacions han documentat beneficis econòmics significatius —en forma de creixement econòmic més ràpid— gràcies a la reducció de les desigualtats en salut entre països. Malgrat això, segueix existint un debat científic sobre el grau en què el nexa entre la salut i el creixement realment reflexa una relació causal. La veritable càrrega econòmica de les desigualtats en salut, es troba en el valor que les persones atribueixen a les vides perdudes i a la qualitat amb què es viuen com a resultat de les diferències socioeconòmiques. Aquest valor és difícil de mesurar, però sens dubte supera amb escreix qualsevol benefici estretament considerat i possiblement inexistent als comptes de resultats en forma d'ingressos addicionals o estalvis en costos d'atenció mèdica, que és poc probable que resultin d'aquestes polítiques.

Els estudis de càrrega econòmica dels costos de la desigualtat en la salut aporten una perspectiva de fora del sector de la salut molt útil pels responsables d'aquestes polítiques. Malgrat això, aquests estudis de càrrega econòmica no poden validar el cas a favor o en contra de les accions específiques de la política de salut. A tall d'exemple, estudis centrats en la càrrega financera, són una arma de doble fil que pot distreure l'atenció d'altres qüestions més importants per la salut i el benestar de les persones. Així, aquells que tracten d'avaluar accions polítiques específiques per fer front a les desigualtats en salut han de considerar l'ús dels repositoris públics existents d'estudis d'avaluació econòmica creïbles d'anàlisi cost/efectivitat i d'anàlisis cost/benefici per fer front a possibles reclamacions exagerades que aquestes polítiques poden tenir de perjudicials.

D'altra banda, estudis que analitzen a 22 països desenvolupats entre el 1960 i 1985, mostren que la salut —mesurada a partir de l'esperança de vida— no va tenir cap impacte significatiu sobre el creixement econòmic

L'anàlisi de l'impacte del creixement econòmic sobre la salut i l'impacte de la salut en el creixement econòmic, segueix sent una interrelació molt complexa de l'Economia de la Salut

o en els nivells d'ingrés per capita.⁶ Vol dir això que, per sobre d'un cert nivell de desenvolupament econòmic, la continuació de les millores de salut poden no tenir cap impacte o inclús reduir el creixement econòmic posterior? No hi ha resposta definitiva a aquesta pregunta i per tant, el debat sobre el verdader impacte de la salut sobre el creixement econòmic està lluny de ser resolt.

En general, els ingressos augmenten amb la millora de la salut, i la millora de la salut serveix per a múltiples fins diferents a més del creixement econòmic.⁷ Tot i això, allò positiu d'aquest cercle virtuós, no implica que el creixement sempre vagi acompanyat d'una millora en la redistribució dels ingressos, ni això és una garantia per una major equitat en la salut. L'anàlisi de l'efecte de descomposició de la interrelació entre els ingressos i la salut, va més enllà dels vincles individuals i es centra en la distribució conjunta de la salut i la renda. En aquest punt

6 KNOWLES i OWEN, «Health capital and cross-country variation in income per capita in the Mankiw-Romer-Weil model».

7 DEATON, *The great escape: health, wealth and the origins of inequality*.

sorgeixen tres preguntes principals: a) com es tradueix en el benestar conjunt l'increment de renda, especialment dels que tenen pitjors condicions de vida?; b) és la funció de benestar còncava en relació a la renda? Si és així, això implicaria que per la simple transferència d'ingressos de rics als individus més pobres, el benestar social milloraria; i c) suposa la concavitat de la renda una disminució del benestar social si beneficia als que ja gaudeixen de nivells de salut més alts? I, com per tal de millorar el benestar social, una transferència destinada a les persones pobres i malaltes té un impacte major que una dirigida a aquells que són pobres però compten amb un bon estat de salut?

Amb el fi de provar aquestes hipòtesis, convé observar algunes diferències de mesura entre la salut i la renda. Respecte la primera, s'utilitzen comunament indicadors de salut, que com les avaluacions de percepció de salut, no són cardinals, mentre que l'ingrés sí que ho és. En segon lloc, hi ha límits superiors per a la salut, però no per a la renda. En tercer lloc, potser a excepció del cas de la donació d'òrgans, es poden

transferir ingressos d'una persona a una altra, però no es pot transferir salut. Per últim, els estocs de salut inicials, les diferents capacitats per transformar recursos en salut i fins a quin punt tot el món aconsegueix la seva condició òptima en particular —la de la seva màxima salut possible—, requereix una estratègia bastant completa per compensar les diferències de salut percebudes. Com a resultat d'aquestes particularitats, l'heterogeneïtat de la composició de l'estat de salut observat esdevé essencial, ja que quan es comparen dues distribucions —entre països o grups d'individus, per exemple— a part del punt central, els intervals de confiança s'han de revisar. Com més distribucions es solapen, més ambiguos seran els resultats d'anàlisi, per tant les decisions polítiques resultaran molt més difícils d'argumentar.⁸

Val la pena assenyalar que la desigualtat de la salut associada amb la renda està relacionada amb l'ingrés mitjà a través de l'elasticitat/ingrés,

8 LOPEZ-CASASNOVAS i SOLEY-BORI, «The socio-economic determinants of health: economic growth and health in the OECD countries during the last three decades».

A partir d'un cert nivell de desenvolupament econòmic, la continuació de les millores de salut poden no tenir cap impacte sobre el creixement econòmic

la qual mesura el percentatge de variació de la despesa sanitària com a resposta a un canvi de l'ingrés. Per altra part, les desigualtats en salut relacionades amb els ingressos es veuen influenciades per factors propis de la desigualtat d'ingressos que alhora són determinats per la salut, com l'edat, per exemple, i la forma com aquesta es concentra en els grups socials. En aquest sentit, alguns estudis⁹ mostren que una política pública que redueix la desigualtat de renda pot —sota certes circumstàncies i, tenint en compte el signe dels anteriors efectes— deixar sense canvis la desigualtat en salut, o inclús augmentar-la. Del contrari, si el creixement dels ingressos va de la mà d'una reducció de la desigualtat en salut, una major inclusió social derivaria com un benefici afegit o externalitat positiva.

Amb l'objectiu de justificar una política basada en la redistribució dels ingressos mitjançant la reducció dels nivells mitjans absoluts, seria necessària una funció molt especí-

fica —i inversemblant— de benestar que identifiqués a aquells que són igualment pobres i amb els mateixos nivells de salut. Per aquesta raó, alguns autors¹⁰ advoquen per tenir en compte les desigualtats de salut en camps diferents als socioeconòmics amb l'objectiu de reduir al mínim les desigualtats «inacceptables» en el benestar. La desigualtat en aquests altres àmbits s'hauria de tenir en compte perquè la bretxa d'equitat existent sigui entesa com la distància entre la distribució real observada i una «distribució equitativa» on tots els efectes de les variables que depenen de la pròpia responsabilitat dels individus, o els que es consideren inevitables, s'eliminïn.

Per entendre la relació entre renda i salut, la posició exacta de renda de l'individu és crucial. Si pertany a una classe d'ingressos alts, i la salut mitjana a partir de la reducció de la desigualtat d'ingressos millora, però sense cap efecte sobre la salut de la classe amb ingressos més baixos, la desigualtat de la salut relaciona-

da amb la renda augmentaria. En aquest sentit, tres factors principals influeixen en els resultats de salut: la dotació inicial de la salut; l'eficiència en la producció de la salut; i com és probable que apareguin els rendiments decreixents a escala a partir que l'individu s'aproxima al seu òptim. En efecte, a través de la redistribució dels ingressos, les desigualtats poden reduir-se, així com la salut mitjana de la població, però això dependrà en última instància de la reacció dels «productors de salut amb ingressos baixos» a qualsevol millora de la seva renda.

1. La cerca de la prova empírica

Hi ha estudis que proporcionen algunes evidències dels efectes de l'augment dels ingressos i la seva distribució en la desigualtat de la salut a Europa.¹¹ De fet, analitzen com varia la distribució dels ingressos i la desigualtat de la salut relacionada amb els ingressos, i clarifiquen l'efecte del creixement de la renda en relació als canvis en la desigualtat d'ingressos, i aquesta

9 CONTOYANNIS i FORSTER, «The distribution of health and income: a theoretical framework».

10 FLEURBAEY i SCHOKKAERT, «Unfair inequalities in health and healthcare».

11 VAN OURTI, VAN DOORSLAER i KOOLMAN, «The effect of income growth and inequality on health inequality: theory and empirical evidence from the European Panel».

A través de la redistribució dels ingressos, les desigualtats poden reduir-se, així com la salut mitjana de la població

en la salut i en la seva distribució. Això s'aproxima amb l'estimació de dos nivells de salut hipotètics: en primer lloc, el nivell de salut que prevaldria en el cas de la distribució dels ingressos no canviés; i en segon lloc, el nivell de salut que prevaldria en cas d'un augment dels ingressos proporcional. Això permet aïllar l'efecte dels canvis en la distribució dels ingressos davant d'un creixement de la renda proporcional. En ambdós casos, hi ha un efecte directe de la redistribució dels ingressos en les desigualtats de salut relacionades amb la renda, però també un impacte indirecte, a través dels altres determinants de la salut. L'evidència suggereix que els canvis favorables als pobres en la desigualtat dels ingressos no sempre condueixen a reduccions en les desigualtats de salut relacionades amb la renda si la desigualtat dels ingressos i l'elasticitat no es mouen junts «de mitjana». D'altres estudis¹² discuteixen el cas en què els problemes de salut, que sorgeixen inevitablement en el transcurs del

temps, actuen com a anivelladors, i quina vinculació tenen amb les disparitats socioeconòmiques que teneixen a reduir-se en edats avançades. En particular, és sabut que la salut es deteriora a partir dels 60 anys, i després es manté constant.¹³ A més, si assumint que els xocs són acumulatius i no a l'atzar, la predicció d'una variància creixent amb l'edat no es compliria. Alhora, els mateixos estudis també van trobar que el gradient de la renda sobre la salut és major en les cohorts més joves, i que els components socioeconòmics de la desigualtat en la salut han anat en augment, mentre que la desigualtat total en salut, mesurada per la variància va caient.

Malgrat tot, i en general, la major part de la teoria encara té dificultats per trobar l'evidència apropiada sobre la causalitat dels efectes. La qüestió és identificar si és una millor salut el que impulsa un millor creixement econòmic o tot el contrari, és a dir, el fet d'haver aconseguit un major desenvolupament condueix a una preocupació per la consecució de nivells de salut

més alts —en el sentit de valorar la salut com una espècie de bé de luxe quan altres necessitats bàsiques estan cobertes.

Els resultats de l'associació en termes de nivells —creixement econòmic i salut— poden ser diferents si l'anàlisi es fa en termes de la seva distribució —associació de variàncies—, ja que les dades han de demostrar una història diferent: països més semblants en salut —no importen els resultats absoluts— semblen aconseguir una societat més inclusiva —menys desiguals en renda, no importa el nivell. O en termes inversos, les societats de renda menys desiguals poden aconseguir comunitats més iguals en salut. Però, per suposat, pot ser també el cas que els països rics —independentment de la seva distribució interna de la renda— mostren preocupació, inclús potser per preservar l' statu quo, per evitar les desigualtats en salut. En resum, els treballs empírics pateixen els problemes propis de casualitat inversa i les seves estratègies d'abordatge canvien si s'analitzen en termes de nivells o de variacions. Per últim, pot discutir-se si les variables adequa-

12 KUNST i MACKENBACH, «The size of morality differences associated with educational level in nine industrialized countries».

13 DEATON i PAXSON, «Aging and inequality and health».

La qüestió és identificar si és una millor salut el que impulsa el creixement econòmic o tot el contrari, si la bona salut econòmica es tradueix en bona salut de la població

des per identificar l'associació entre el desenvolupament econòmic i la salut són les taxes absolutes com el PIB o bé és millor expressar-ho en termes per capita, i quin és el millor índex de salut associats a ells, ja sigui la mortalitat, l'esperança de vida, l'autoavaluació de la salut, anys de vida ajustats per qualitat...

Per buscar *proxies* empíriques pel creixement econòmic, la renda, la utilitat o benestar residual i el patrimoni net són els candidats obvis. Per a la mesura de la salut, la mortalitat prenatal i l'esperança de vida són les dues variables habituals. Encara que poden ser molt dependents de factors com l'avortament o la fertilitat en general. Altres *proxies* com la carrega de la malaltia tracten d'incorporar aquells aspectes de l'economia en l'esperança de vida, de la mateixa manera que ho fa l'índex de Desenvolupament Humà per a altres qüestions de benestar social.

Respecte als factors purament exògens, la despesa sanitària pot jugar un paper important, ja que un major PIB implica una major disposició privada a gastar en la cura de la salut o bé, per mitjà de majors

bases imposables, pot suposar més ingressos fiscals per la despesa sanitària pública.

La importància de la utilització de serveis en els sistemes universals de salut per a la valoració dels seus impactes redistributius

Normalment entenem la universalitat d'un servei públic en els seus aspectes relatius a la facilitat d'accés al servei independentment de la capacitat econòmica de les persones. I ho fem pensant en els que menys tenen, els més fràgils o necessitats des del punt de vista sanitari. Malgrat això, l'universalisme és simètric: permet l'accés, el lliure cost monetari, també pels grups de renda alta. D'aquesta manera, si la distribució de necessitat relativa fos igual i la propensió al seu tractament idèntica entre col·lectius, l'universalisme generaria un consum proporcional al pes de la població en cada estrat analitzat. Certament, el món real és més complex i cal debatre com implementar la universalitat quan, com en el cas de l'Estat espanyol, la distribució de necessitats relatives i consums és

desigual¹⁴ i l'elecció social és sensible als resultats en equitat.¹⁵

Les genètiques i evolucions comentades, enteses sota la tendència general cap a l'universalisme, han sofert recentment algunes afectacions arrel de les polítiques que diferents països han desenvolupat, en major o menor mesura, com a resposta a la crisi econòmica. D'acord amb l'estudi *Health policy responses to the financial crisis in Europe*,¹⁶ les polítiques impulsades en l'àmbit de la salut com a resposta a la crisi passen per retallades en els pressupostos, en reduccions de la cartera de serveis i de la cobertura poblacional, així com mesures orientades a reduir els preus de l'atenció sanitària —afectant salaris, regulació farmacèutica i potenciant la centralització organitzativa.

En general podem afirmar que una sanitat universal és redistributiva

14 VAN DOORSLAER, MASSERIA i KOOLMAN, «Inequalities in access to medical care by income in developed countries».

15 WILLIAMS, «Racional residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health».

16 MLADOVSKY, SRIVASTAVA, CYLLUS, KARANIKOLOS, EVETOVITS, THOMSON i MCKEE, «Health policy responses to the financial crisis in Europe».

Les polítiques impulsades en l'àmbit de la salut passa per retallades en els pressupostos i en reduccions de cartera de serveis

només en la mesura que els grups de renda elevada renunciïn voluntàriament a consumir els serveis públics i opten pels privats. Però, per quina raó fer-ho si la sanitat pública és tan excel·lent i gratuïta? Per què pagar un servei privat si ni tan sols es pot compensar la part que l'estat s'estalvia? Que sigui universal una prestació pot tenir altres virtuts però sens dubte d'assumir el cost de perdre el focus de prioritització. La prioritització, com qualsevol forma d'ordenació, no sol ser ben rebuda pels polítics, que d'aquesta manera eviten discriminar. Existeix una extensa controvèrsia sobre la qüestió de si l'orientació de les transferències socials cap a la part inferior de la distribució dels ingressos en realitat millora o debilita el seu impacte redistributiu. Walter Korpi i Joakim Palme han afirmat en un influent treball que «quan més dirigim els beneficis als pobres, menys probable és que tinguem èxit en reduir la pobresa i la desigualtat». ¹⁷ El fonament empíric d'aquesta afirmació té una forta relació inversa a nivell de país entre l'orientació de transferència i l'impacte social redistributiu.

17 KORPI I PALME, «The paradox of redistribution and strategies of equality».

En el seu informe de 2011 sobre la desigualtat *Divided we stand*,¹⁸ l'OCDE insta a fer «polítiques de suport als ingressos ben enfocades», encara que sense especificar clarament quina forma han de prendre. Per la mateixa raó, la Comissió Europea ha posat en marxa un paquet d'inversió social demanant una major focalització i condicionalitat. Organitzacions com l'FMI o el Banc Mundial, han defensat durant molt de temps els beneficis específics, concretament en forma de xarxes de seguretat social amb comprovació de mitjans. En el context de creixents demandes sobre els sistemes d'assistència social, és probable que es converteixi encara en més rellevant la demanda d'una major focalització.

Els majors costos administratius, problemes d'estigmatització i discontinuïtats derivades de les trampes de la dependència estan en el costat fosc d'aquestes propostes. Malgrat tot, una qüestió més substancial és la quantitat de recursos que en realitat poden estar disponibles per a la seva redistribució en virtut dels sistemes

18 OCDE, «Divided we stand. Why inequality keeps rising».

de benestar selectius: si es disposa de menys fons, això pot afectar la capacitat total de la redistribució.

En qualsevol cas, sembla necessari a la vista de la naturalesa redistributiva —regressiva— dels ingressos plantejar-se la prioritització en la despesa. I és que en situacions de dualitat fiscal on guanya pes la imposició directa —regressiva certament, ja que en proporció paguen més els pobres que els rics, donada la dedicació dels primers al consum de pràcticament tota la seva renda— i on els impostos directes de les rendes de capital acaben sent més ben tractades fiscalment que les del treball —per la seva facilitat de deslocalitzar-se en el mercat global—, no hi pot haver cap dubte que almenys cal recuperar per la via de la despesa la progressivitat perduda per la via dels ingressos.

En l'àmbit empíric, com hem vist, hem de decidir com es mesurarà la redistribució, ja sigui mitjançant la comparació de la desigualtat dels ingressos realment observada o amb respecte a les persones en risc de pobresa. En teoria hauria de reflectir amb precisió la distribució dels in-

Una qüestió més substancial és la quantitat de recursos que en realitat poden estar disponibles per a la seva redistribució en virtut dels sistemes de benestar selectius

gressos hipotètica que prevaldria en absència de transferències socials, però aquest fet no sembla ser fàcil.

Conclusions

A mode de conclusions de l'estudi efectuat se'n poden derivar com a mesures de política social general, per una banda la necessitat de prestar més atenció en la investigació de l'Economia de la Salut als efectes a llarg termini de la crisi, encara que aquesta estigui conjunturalment superada. A més, la crisi requereix en el curt termini una millor orientació dels tractaments pal·liatius en favor de la població relativament més necessitada: instruments a mida, polítiques de coordinació horitzontal, atenció de les finalitats en termes de beneficiaris/objectius...

Des del punt de vista de l'eficiència, caldria entendre com un clar avantatge invertir en infants i en la seva educació, ja que és la part dèbil de la cadena de valor de la salut i la que exhibeix millors taxes de rendiment de l'aplicació de recursos públics. I finalment en favor de l'equitat intergeneracional hauria d'adoptar-se

una visió més dinàmica de la política social, que hauria d'incloure des d'una reforma més gradual en l'ajust de la despesa social que contempli una nova combinació de fons de finançament: contribucions públiques, privades i comunitàries regulades; fins a un sistema de comptabilitat horitzontal que analitzi la situació de benestar dels grups de destinataris específics i franges d'edat resultants de l'administració dels diferents pressupostos verticals, amb seguiment de recursos i efectes aconseguits.

Les anteriors mesures podrien anar lligades a algunes reflexions addicionals. La idea prevalent en la major part de les investigacions de l'Economia de la Salut en relació a les desigualtats en salut es centren en aquelles vinculades amb la renda i els seus factors socials determinants. L'associació entre les desigualtats en salut amb la crisi econòmica, transita des dels que parlen d'«austericidi» per la via de les retallades socials, a aquells que a l'altra banda de l'Atlàntic han arribat a associar a la crisi econòmica i a l'atur uns estil de vida més saludables i a una reducció forçada per pèrdua de renda de la ingesta d'alcohol i tabac.

Per validar les hipòtesis previsible d'incidència de la crisi econòmica sobre la salut i sobre les desigualtats en particular cal tenir en compte els següents punts:

Cal que transcorri el temps apropiat entre l'abans, el durant i el després perquè els mètodes empírics detectin la naturalesa dels canvis. I tot, tenint en compte a aspectes com ara el retard en efectes o el moment efectiu que la percepció de la crisi té impacte en les butxaques dels afectats.

Els anàlisis transversals difícilment poden tenir en compte totes les variables que entre països o estats entren en consideració a l'hora de validar els efectes. Malgrat tenir dificultats, l'enfocament temporal resulta més senzill per una qüestió acotable.

El tema d'impactes en salut és diferent al dels efectes en desigualtats. El rànquing d'individus a igual o major salut pot afectar a les desigualtats. Per exemple, amb la crisi és evident que el jovent n'han rebut la pitjor part, i no per la pèrdua de salut sinó per la pèrdua de renda. Les per-

sones grans solen ser un grup d'edat més igualitari que el jovent, però per aquests últims els efectes d'aquestes diferències sobre la salut són previsiblement menors. Si és la renda o la riquesa el major determinant per a la salut, el seu signe, la seva linealitat o concavitat o si influeix la composició dels actius financers donada la diferent exposició al risc del cicle econòmic, és una qüestió certament discutida. La mateixa composició demogràfica aquí pot ser decisiva amb l'envelliment relatiu —més gent gran en quantitat i percentatge que els joves, el que dimensiona l'efecte comentat anteriorment— o a partir de l'entrada de la immigració en la conjuntura econòmica favorable i emigració en crisi. ■

■ Bibliografia

- CONTOYANNIS, Paul i FORSTER, Martin. «The distribution of health and income: a theoretical framework». A *Journal of Health Economics*, núm. 18, pàg. 605-622, 1999.
- DEATON, Angus. *The Great Escape: Health, Wealth and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press, 2013.
- DEATON, Angus i PAXSON, Christina. «Aging and inequality and health». A *Journal of Public Economics*, núm. 102, pàg. 437-467, 1998.
- FLEURBAEY, Marc i SCHOKKAERT, Eric. «Unfair inequalities in health and healthcare». A *Journal of Health Economics*, núm. 28, pàg. 73-90, 2008.
- KNOWLES, Stephen i OWEN, Dorian. «Health capital and cross-country variation in income per capita in the Mankiw-Romer-Weil model». A *Economic Letters*, núm. 48, pàg. 99-106, 1995.
- KORPI, Walker i PALME, Joakim. «The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries». A *American Sociological Review*, núm. 63, pàg. 661-687, 1998.
- KUNST, Anton i MACKENBACH, Johan. «The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries». A *American Journal of Public Health*, núm. 84, pàg. 932-937, 1994.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem; CURRAIS, Luis i RIVERA, Berta. *Health and Economic Growth*. Cambridge: MIT Press, 2005.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem i SOLEY-BORI, Marina. «The Socioeconomic Determinants of Health: Economic Growth and Health in the OECD Countries during the Last Three Decades». A *International Journal of Environmental Research and Public Health*, núm. 11, pàg. 815-829, 2014.
- MLADOVSKY, Philpa (et al). «Health policy in the financial crisis in Europe». A *Eurohealth*, vol. 18, núm. 1, pàg. 3-6, 2012.
- OMS. «Determinantes económicos de la salud» [en línia]. Organització Mundial de la Salut, 2013. Disponible a: <www.apps.who.int>.
- VAN DOORSLAER, Eddy, MASSERIA, Cristina i KOOLMAN, Xander. «Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries». A *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, núm 2, pàg. 177-183, 2006.
- VAN OURTI, Tom, VAN DOORSLAER, Eddy i KOOLMAN, Xander. «The effect of income growth and inequality on Health inequality: theory and empirical evidence from the European Panel». A *Journal of Health Economics*, núm. 28, pàg. 525-539, 2009.
- WILLIAMS, David i COLLINS, Chiquita. «Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health». A *Public Health Report*, vol. 116, núm. 5, pàg. 404-416, 2001.