GRADO EN ECONOMÍA

CURSO ACADÉMICO 2023/2024

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA RELACIÓN ENTRE EL GASTO Y LOS RESULTADOS EN SALUD: UN ANÁLISIS PARA LOS PAÍSES DE LA OCDE

THE RELATIONSHIP BETWEEN EXPENDITURE AND HEALTH OUTCOMES: AN ANALYSIS FOR OECD COUNTRIES

AUTOR: DANIEL GONZÁLEZ ECHEVARRÍA

DIRECTOR: MARCOS FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

FEBRERO 2024

ÍNDICE

ÍNDICES DE ILUSTRACIONES, GRÁFICAS Y TABLAS 3
RESUMEN 4
ABSTRACT 5
1. INTRODUCCIÓN 6
2. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN 8
2.1. LA MEDICIÓN DEL BIENESTAR Y DE LA SALUD 8
2.2. GASTO EN SALUD 10
2.3. ESPERANZA DE VIDA 14
2.4. MORTALIDAD 15
2.5. SALUD AUTO-PERCIBIDA 18
3. METODOLOGÍA 19
4. RESULTADOS 21
4.1. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD PER CÁPITA (PÚBLICO) 22
4.1.1. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y esperanza de vida ... 22
4.1.2. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad materna e infantil 23
4.1.3. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad evitable .. 24
4.1.4. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y estado de la salud percibido 25
4.2. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD (% DEL PIB) 26
4.2.1. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y esperanza de vida 26
4.2.2. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad materna e infantil 27
4.2.3. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad evitable 28
4.2.4. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y estado de la salud percibido 29
4.3. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD PER CAPITA (PÚBLICO Y PRIVADO) 30
4.3.1. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y esperanza de vida 30
4.3.2. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y mortalidad materna e infantil. 31
4.3.3. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y mortalidad evitable 32
4.3.4. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y estado de la salud percibido 33
5. CONCLUSIONES 34
6. BIBLIOGRAFÍA 36

ÍNDICES DE ILUSTRACIONES, GRÁFICAS Y TABLAS

ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Indicadores utilizados. FUENTE: Elaboración propia 12
Ilustración 2. Gasto en salud per cápita año 2019 (o año más cercano). 14

TABLAS

Tabla 1: Indicadores de gasto y financiación de la salud por países. 21
Tabla 2: . Indicadores de resultados de la salud por países 21

GRÁFICAS

Gráfica.1. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y esperanza de vida. 22
Gráfica.2. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad materna e infantil FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)..... 23
Gráfica.3. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad evitable. 24
Gráfica.4. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y estado de la salud percibido. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)..... 25
Gráfica 5. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y esperanza de vida. 26
Gráfica 6. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad materna e infantil. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)..... 27
Gráfica 7. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad evitable. 28
Gráfica 8. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y estado de la salud percibido… 29
Gráfica 9. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y esperanza de vida. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a) 30
Gráfica 10. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y mortalidad materna e infantil. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a) 31
Gráfica 11. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y mortalidad evitable. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)..... 32
Gráfica 12. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y estado de la salud percibido. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a) . 33

RESUMEN

En los últimos años, la pandemia del COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de los indicadores relativos a la salud y las diferencias existentes entre países en su nivel de respuesta y de tratamiento ante dicha pandemia. Este trabajo se basa en la búsqueda de una posible mejora en los resultados de salud. Con los resultados obtenidos se espera poder estudiar si en los países donde el gasto es mayor, los resultados en salud también son mejores. Esta cuestión es interesante, ya que muchos países no invierten el capital suficiente creyendo que esto no provoca unos mejores resultados. El trabajo se centra en el estudio de diferentes indicadores de gasto y resultados de la salud. Posteriormente se realiza un análisis de la correlación entre los indicadores.

Para realizar este estudio se obtienen datos de 38 países de la OCDE, los cuales se dividen en seis grupos distintos según su área geográfica. Los indicadores se separan en dos grupos, indicadores de gasto y financiación de la salud e indicadores del estado de la salud. Los indicadores de gasto elegidos: 1) gasto en % del PIB, 2) gasto per cápita PPA actuales, estos dos indicadores hacen referencia a planes gubernamentales/obligatorios y 3) gasto per cápita PPA actuales para planes privados y públicos. Los indicadores del estado de la salud elegidos: 1) esperanza de vida al nacer, 2) mortalidad materna e infantil, 3) mortalidad evitable y 4) estado de salud percibido. Posteriormente, se realiza un estudio de la correlación entre los tres indicadores de gasto y los cuatro del estado de la salud obteniendo 12 gráficos de los que se realiza un estudio para obtener las conclusiones. Este estudio se realiza sobre datos del 2019.

Como conclusión de este trabajo se obtiene que, a pesar de alguna excepción, en el conjunto de países de la OCDE en general existe una correlación positiva entre el gasto y los resultados en salud. También al estudiar distintas áreas geográficas se puede distinguir cómo a pesar de obtener distintos resultados dependiendo de sus gastos, en todas las áreas hay correlación positiva entre gasto y resultado.

Palabras clave: Gasto, resultado, indicador, correlación, salud, PIB, esperanza de vida, OCDE.

ABSTRACT

In recent years, the COVID-19 pandemic has highlighted the importance of health-related indicators and the differences between countries in their level of response and treatment to the pandemic. This work is based on the search for possible improvements in health outcomes. With the results obtained, it is hoped that it will be possible to study whether in countries where spending is higher, health outcomes are also better. This is an interesting question, as many countries do not invest enough capital, believing that this does not lead to better outcomes. The paper focuses on the study of different indicators of spending and health outcomes. This is followed by an analysis of the correlation between the indicators.

For this study, data are obtained from 38 OECD countries, which are divided into six different groups according to their geographical area. The indicators are separated into two groups, health expenditure and financing indicators and health status indicators. The chosen expenditure indicators: 1) expenditure as % of GDP, 2) current PPP per capita expenditure, these two indicators refer to government/mandatory schemes and 3) current PPP per capita expenditure for private and public schemes. The health status indicators chosen are: 1) life expectancy at birth, 2) maternal and infant mortality, 3) avoidable mortality and 4) perceived health status. Subsequently, a study of the correlation between the three expenditure indicators and the four health status indicators is carried out, obtaining 12 graphs from which a study is carried out to draw conclusions. This study is based on data from 2019.

The conclusion of this study is that, despite some exceptions, in the OECD countries as a whole there is generally a positive correlation between spending and health outcomes. Also, when studying different geographical areas, it is possible to distinguish how, despite obtaining different results depending on their expenditure, in all areas there is a positive correlation between expenditure and results.

Keywords: Expenditure, outcome, indicator, correlation, health, GDP, life expectancy, OECD.

1. INTRODUCCIÓN

Durante toda la historia, los seres humanos hemos intentado mejorar nuestra salud. En los últimos años hemos logrado grandes mejoras en la salud de la población. Un ejemplo claro constatado por la OCDE (2021) es el indicador esperanza de vida, que se ha incrementado para la mayoría de los países en el último medio siglo, a pesar de una clara desaceleración en los incrementos de la longevidad observado a lo largo de los últimos años y del devastador impacto de la pandemia. En el rango superior de los países que lo han incrementado, Estonia lo ha hecho en 7,8 años, Turquía en 7,5 o Corea en 7,3 años más.

En los últimos tiempos, la salud internacional ha dado un paso a otro nivel, ahora se puede llamar salud mundial. A pesar de este cambio, todavía no se puede denominarlo salud universal, pero describe un gran cambio en la perspectiva. Los países y los gobiernos ya no pueden afrontar la salud como una idea individual como se hacía en el pasado (Elmendorf, 2019). Estas palabras del presidente y director ejecutivo de la Asociación pro-Naciones Unidas de los Estados Unidos de América (UNA-USA), se vieron más reflejadas en la realidad en el año 2020 cuando una pandemia mundial amenazó la salud de toda la población. Durante meses, todos los ciudadanos estaban preocupados por la evolución de la pandemia y lo único que esperaban eran respuestas de sus países para combatirla y poder erradicarla. Durante este periodo, los sistemas de salud de los países fueron puestos a prueba y fueron el punto principal de la mayoría de los debates diarios.

En muchos casos los sistemas sanitarios no fueron todo lo eficientes que podrían haber sido y no obtuvieron los resultados esperados. Con este trabajo se quiere estudiar si una inversión de capital mayor en los sistemas de salud conllevaría a una mejora de sus resultados y así se espera poder responder a la pregunta de si los países que más dinero invierten en salud son los que mejores resultados obtienen. Para ello se ha llevado a cabo un estudio sobre 38 países pertenecientes a la OCDE.

Para realizar el estudio se han utilizado datos obtenidos de la OCDE. Se han elegido siete indicadores distintos, tres de gasto y cuatro de resultados. Posteriormente con estos datos se han elaborado dos tablas donde en una se expresan los datos obtenidos de los tres indicadores de gasto y en la otra de los cuatro indicadores de resultados. Y por último se elaboran cuatro gráficas para cada indicador de gasto donde en cada una de ellas se le relaciona con un indicador de resultados para poder analizar la correlación existente entre cada uno de los indicadores de gastos y cada uno de los indicadores de resultados.

La organización de este trabajo está distribuida en cinco apartados distintos. En primer lugar, tras los índices y el resumen, se ha realizado la introducción. Tras este apartado se llega al estado de la cuestión que se desarrolla a partir de trabajos y estudios realizados por otros autores y donde utilizando esta información se obtiene toda la literatura necesaria sobre la salud y los sistemas de medición de su gasto y resultados para poder elegir los indicadores correctos que serán utilizados para la realización del trabajo. En el tercer apartado se presentan los datos y metodología donde se explica qué herramientas se han utilizado para realizar el estudio y donde se encuentra la descripción detallada de los siete indicadores. Gracias a estas herramientas se ha podido realizar el cuarto apartado, que son los resultados. Dentro de este apartado hay muchos subapartados ya que, en él, se presentan todas las gráficas y tablas obtenidas

de los indicadores. Para terminar el trabajo se presentan las conclusiones, donde se hace referencia a las observaciones propias adquiridas del estudio de las gráficas y tablas.

2. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1. LA MEDICIÓN DEL BIENESTAR Y DE LA SALUD

Las relaciones entre el desarrollo económico de un país y la esperanza de vida han tomado forma en la denominada Curva de Preston (Rodríguez, 2015b), correlacionando, más concretamente, PIB per cápita y esperanza de vida a través de diferentes niveles de renta. Con la Curva de Preston se pretende verificar que con el aumento del PIB per cápita de la población, la esperanza de vida también aumenta.

Un primer abordaje intuitivo del estado de la cuestión nos lleva a pensar que los países que invierten más en sanidad logran un mayor estado del bienestar entre su ciudadanía. A su vez, los que consiguen un mayor bienestar son aquellos países que logran mejores resultados en el indicador esperanza de vida. De acuerdo con Rodríguez, Freire y Pais (2017), asociar el bienestar general de un país -proporcionado por una inversión razonable- con la esperanza de vida de la población suele ser una excelente metodología para certificar que un país mejora socialmente y en general "existe una correlación positiva entre el gasto sanitario y las principales variables que pueden ser usadas para medir la calidad de este sistema, dado que en una gran parte de los estudios realizados hasta la fecha se evidencia una fuerte correlación entre el gasto sanitario y el nivel de salud alcanzado por la población de un país" (Rodríguez, Freire y Pais, 2017, pág. 106). Los autores afirman que, a la hora de analizar las variables que más influyen en el bienestar y en la esperanza de vida de los ciudadanos de un país, existe un consenso generalizado en considerar la salud como uno de los factores fundamentales, además de la educación, el medio ambiente, el empleo, la vivienda y el nivel de ingresos.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) confirma que durante las dos últimas décadas los estudios estadísticos centrados en los indicadores calidad de vida y progreso de las sociedades han ido abandonando paulatinamente los enfoques centrados exclusivamente en factores puramente económicos, como por ejemplo el Producto Interior Bruto (PIB). Ese nuevo rumbo académico se ha visto avalado desde diversas organizaciones internacionales: la Organización de Naciones Unidas propuso en 1990 el Índice de Desarrollo Humano -IDH-, remarcando la importancia de enfocar el análisis en las personas para estudiar el desarrollo de los países, además de considerar los factores económicos (INE, 2021). En sucesivos informes internacionales sobre progreso social se ha ido abriendo el campo hacia el estudio de las condiciones de vida conjugándose con la sostenibilidad socioeconómica y ambiental. Así, en el año 2007, bajo el auspicio de la Comisión Europea, del Parlamento Europeo, del Club de Roma y de la OCDE se promovió la conferencia *"*Más allá del PIB*"* para definir los indicadores más apropiados dirigidos a evaluar el progreso y bienestar social. Esa línea de acuerdos internacionales se completaba en el año 2009 con la publicación por parte de la Comisión Europea del informe *"El PIB y más allá – Evaluación del progreso en un mundo cambiante"* (INE, 2023, pág. 1)

En esa línea, el informe Stiglitz-Sen-Fitoussi -SSF-, encargado por el gobierno francés en 2009, contenía una serie de conclusiones dirigidas a "…establecer los límites y debilidades del PIB como indicador de rendimiento económico y del progreso social" (Gómez del Moral, 2018, pág. 1) y preguntándose cuáles son los datos más relevantes para definir verazmente el progreso social y qué instrumentos de medida deberían utilizar esos indicadores.

Con ese marco conceptual, se enumeran las limitaciones del uso del PIB como indicador de bienestar ya que se considera una herramienta "relevante, aunque insuficiente" (Gómez del Moral, 2018, pág. 2), complementando los factores y recursos económicos con los no económicos (las percepciones de los ciudadanos sobre sus vidas y su entorno natural) y aportando una serie de recomendaciones ampliamente aceptadas y asumidas por los organismos nacionales e internacionales encargados de las informaciones estadísticas centradas en la evaluación a lo largo del tiempo, y en sus vertientes económica, medioambiental y social. Como ejemplo de esa falta de sintonía entre los datos estadísticos y la realidad socioeconómica el informe establece que el PIB (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2008) no refleja por sí solo la situación real de la mayoría de la población. En ese sentido, el informe reivindica (INE, 2021) el punto de vista de los hogares, atendiendo a los aspectos distributivos del ingreso, del consumo y de la riqueza, y aporta una perspectiva multidimensional sobre la calidad de vida. En esa línea Argüeso et al. (2013) identifican las características que deben cumplir los indicadores que midan el bienestar y la calidad de vida de la población:

- *Medir resultados:* evitando la costumbre de los informes sociales centrados en los indicadores de recursos, como por ejemplo el número de camas de hospital por cada 1000 habitantes para medir sanidad. Ese dato aporta una idea del esfuerzo de la administración, pero no los resultados sobre los ciudadanos. El enfoque multidimensional para medir la calidad de vida se ciñe a indicadores de resultados, o sea, de impacto sobre la población. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, si una persona ha podido o no acudir al médico cuando lo ha necesitado. Por lo tanto, miden la efectividad de la atención recibida y sus consecuencias en el bienestar de las personas. También muestran el grado de satisfacción del paciente sobre la atención recibida (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2023a).

- *Centrarse en datos individuales*. Los indicadores deben centrarse en los datos aportados por observaciones individuales. Por ejemplo, los clásicos datos de morbilidad o prevalencia no contemplan la opinión de los individuos sobre su propia salud o salud autopercibida.

- *Medir desigualdades en lugar de valores medios:* "…los indicadores principales elegidos no deberían ser valores medios sino estadísticos de distribución" (INE, 2021, pág.4). Un ejemplo: atender la tasa de riesgo de pobreza, (indicador que evalúa el % de la población por debajo de un umbral mínimo de ingresos), frente a un indicador más clásico centrado en el ingreso medio.

En el año 2009, el sistema estadístico europeo asume las recomendaciones del informe SSF, constituyéndose un *Sponsorship Group*, co presidido por Eurostat y el Instituto de Estadística de Francia (INE, 2021) y agrupa los indicadores propios de una medición multidimensional de la calidad de vida en nueve dimensiones: Condiciones materiales de vida, Trabajo, Salud, Educación, Ocio y relaciones sociales, Seguridad física y personal, Gobernanza y derechos básicos, Entorno y medio ambiente y Experiencia general de la vida. En esa tercera dimensión (eje central de este trabajo) el INE (INE, 2021, pág. 9) detalla los siguientes indicadores, que no están disponibles estadísticamente todos los años en todos los países:

- En cuanto a resultados en salud: Esperanza de vida al nacer, Salud auto percibida, Morbilidad crónica (Personas con enfermedades o problemas de salud de

larga duración) y Personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses.

- En cuanto al Acceso a cuidados sanitarios: Necesidades insatisfechas de atención médica.

- En cuanto a los Determinantes de salud: Índice de masa corporal, Fumadores diarios y Ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre.

Ya en el año 2014 Eurostat asumió este marco de trabajo en sus elaboraciones estadísticas al respecto, siendo España uno de los países más implicados con la metodología por lo que el INE, en su Plan Estadístico Nacional para el periodo 2013-2016 implementó dicho marco estadístico de Indicadores de Calidad de vida. Complementar todas las mediciones obtenidas por esas mediciones multidimensionales en un único dato agregado como alternativa al PIB per cápita es un objetivo deseado (y controvertido) que se intenta conseguir, lo que permitiría comparar países, regiones, grupos de edad. Es un proceso que sigue en marcha, tanto en la OCDE como en los organismos estadísticos nacionales (Argüeso et al. 2013). Todos los indicadores propuestos por el INE para la dimensión *salud* tienen su correspondencia con los propuestos por EUROSTAT.

2.2. GASTO EN SALUD

Una vez comentado que el bienestar y la calidad de vida depende, entre otras dimensiones, de los resultados de salud obtenidos por un país, conviene matizar y analizar más detenidamente diferentes puntos de vista sobre la correlación entre gasto en salud y resultados en salud ya que las revisiones científicas sobre tal hecho suelen corroborarlo, pero no en todos los casos.

Así, Shieber, Paulier y Greenwald (1993) analizaron 24 países de la OCDE entre los años 1985 y 1991. Pusieron el foco en el gasto total en salud, en porcentaje del Producto Interior Bruto o en términos per cápita, y observaron una enorme variabilidad entre los países estudiados sin encontrar una vinculación directa entre lo invertido y el estado de salud de la población. Como ejemplo se centran en el caso de los Estados Unidos: en 1991 gastó en atención médica 2.868 dólares por persona, frente a una media de 1.305 dólares de la OCDE. Sin embargo, su tasa de mortalidad infantil era la cuarta más alta de los 24 países analizados y su esperanza de vida al nacer le ubicaba en el puesto 18 de la lista en los varones y en el puesto 15 en las mujeres (Shieber, Paulier y Greenwald,1993).

En su estudio sobre 191 países realizado entre los años 1993 y 1997 para analizar los determinantes que influyen en el estatus de salud poblacional, Evans et al. (2001) utilizan como variables de entrada los recursos invertidos en el sistema de salud (en términos per cápita) y el nivel de educación. Como variable dependiente la esperanza de vida saludable al nacer como versión ajustada de la esperanza de vida al nacer, estimando el total de años de vida saludable de los individuos. Como conclusión general, los autores observan una vinculación significativa entre los niveles de gasto en salud y la esperanza de vida saludable, pero matizan que esa relación se explica no sólo por los niveles de gasto, prestando más atención a la eficiencia del gasto.

En esa línea de investigación, en el año 2004 Alonso y Aubyn analizaron los niveles de eficiencia del gasto total en salud en los países de la OCDE, centrándose en el gasto en

salud per cápita y en las tasas de mortalidad infantil y la esperanza de vida como resultados en salud. En su estudio identifican diferentes grupos de países según la eficiencia del gasto en salud: países que gastan mucho y son eficientes; países que gastan mucho y son ineficientes; y países que gastan poco y son eficientes. Al igual que Schieber y sus colaboradores, Alonso y Aubyn sitúan a los Estados Unidos en el grupo de países que gastan mucho de forma ineficiente (2004). Por su parte, López (2005) describe la eficiencia del gasto en sanidad de España en relación con los países de la OCDE, identificando a Francia e Italia como los poseedores de un sistema de gasto sanitario muy eficiente y reconociendo a España entre los países destacados (López, 2005). En apoyo de la hipótesis de la relación directa gasto-beneficio en salud, la OCDE (2021), refleja que los 17 países con más gasto en salud per cápita (de 38 países analizados en su estudio) todos ellos tienen una esperanza de vida mejor que la media; por el contrario, en 12 de los países estudiados con menores índices de gasto, se da también una menor esperanza de vida al nacer. El organismo se detiene en los 7 países que gastan por debajo de la media alcanzando una esperanza de vida superior al promedio. Son: Italia, España, Portugal, Corea, Israel, Grecia y Eslovenia, reconociendo en ellos (OCDE, 2021) la importancia de los otros determinantes ya mencionados (eficiencia, educación, renta…). El caso más atípico es el de los Estados Unidos que es el que más gasta y el que presenta una esperanza de vida por debajo del promedio de la OCDE.

La relación directa entre gasto sanitario en términos per cápita y resultados en salud parece evidente, aunque se dan matices en su correlación que son muy significativas, tal como señalan Lago et al. (2022): en los países con un gasto sanitario muy bajo, un aumento de este provoca una mejoría muy considerable en salud; según sea más elevado el gasto en salud de partida de un país, el incremento en dicho gasto provoca mejoras más atenuadas y progresivamente menores en los resultados en salud. Además, los autores sugieren que la eficiencia en el gasto, la discriminación entre el gasto público y el privado y los porcentajes de gasto destinados a la prevención son factores asociados que repercuten notablemente en los resultados en salud (Lago et al., 2022).

Por su parte, la OCDE (2021) incide en la calidad de los servicios de salud y en el grado de accesibilidad para los usuarios del sistema como elementos fundamentales para mejorar los resultados en salud, siempre que el gasto sea suficiente para garantizar ambas. A su vez, el organismo incide en que una deseable relación costo beneficio se fundamenta en que el sistema sea eficiente, sin olvidar el impacto fundamental de otros factores ajenos a la salud (OCDE, 2021), como son el entorno físico de las personas, su nivel de ingresos y su nivel educativo. A todo ello se añade la incidencia de asumir estilos de vida saludables o conductas de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, etc.) que, a su vez, dependen de la efectividad de las políticas preventivas y asistenciales de salud.

Para el trabajo he seleccionado una serie de indicadores dirigidos a intentar comprobar si la planificación de los sistemas sanitarios, con la consiguiente financiación reflejada en gasto porcentual del PIB y en el gasto per cápita, inciden en indicadores de esperanza de vida, mortalidad materna e Infantil, mortalidad evitable y estado de salud percibido. Así,

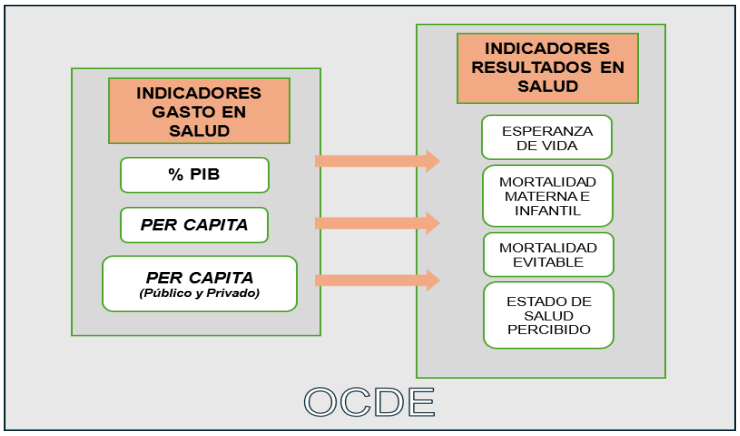


Ilustración 1: Indicadores utilizados. FUENTE: Elaboración propia

El gasto en salud (OCDE, 2021, 2023b) refleja el consumo final de bienes y servicios para la salud -el gasto corriente en salud-. Abarca todos los tipos de mecanismos de financiación en bienes y servicios médicos, programas de salud y prevención públicas, y administración del sistema de salud (p. ej. programas gubernamentales, seguridad social y gasto particular). Combina la financiación gubernamental y la obligatoria (aquí se incluyen los seguros médicos privados obligatorios). Incluye la salud personal (curación, rehabilitación, cuidados, y equipos médicos auxiliares) y los servicios colectivos (campañas y servicios de prevención y salud pública y la administración del sistema), quedando al margen el gasto en inversión. Se mide de dos formas diferenciadas: Como porcentaje del PIB, una proporción del gasto total en salud y convertida a una divisa común USD per cápita con la que se representa la cantidad de monedas de esta divisa necesarias para adquirir una canasta de bienes y servicios equivalente en las economías. (OCDE, 2023). Afinando más en las definiciones:

- *El gasto en salud per cápita* cubre las necesidades individuales y de la población en servicios de salud y sus fluctuaciones temporales. Depende de muchos factores (sociales, demográficos y económicos) entre los que destaca el modelo de financiación del sistema de salud y de los sistemas de cobertura. En el periodo 2015-2019, en el entorno de los países de la OCDE el gasto en salud per cápita se incrementó en un 2,7% de promedio. El gasto puede estar destinado a cubrir los servicios primarios (tanto en servicios de atención básica como en proveedores -médicos, hospitales, consultorios, atención domiciliaria …-). Es un indicador muy complejo que permite una comparabilidad limitada "pues depende de la capacidad de los países y de los métodos usados para distinguir los servicios de consulta externa general y de especialistas" (OCDE, 2021, pág. 200).

- *Gasto en Salud en relación con el PIB*. Es un indicador muy variable en el tiempo porque fluctúa según el incremento de gasto en salud general y el incremento económico general. En la última década del siglo XX el gasto en salud crecía más rápidamente que el gasto en general, por lo que el porcentaje subía. En el entorno

de los países de la OCDE esa tendencia se estabilizó en la crisis de 2008 (los gastos sanitarios se congelaron), volviendo a dispararse el tanto por ciento durante la pandemia. De hecho, en el año 2019, en el entorno de los países de la OCDE, se situaba en torno al 8,8% del PIB como promedio. Ya en 2020 (OCDE, 2021), el gasto en salud se disparó por las exigencias sanitarias de la pandemia, por un lado, pero el PIB se contrajo por la crisis económica, por otro, situándose como media en el 12,8% del PIB.

En este trabajo se han utilizado tres indicadores distintos de gasto, pero dos de ellos son obtenidos a partir de gasto per cápita, y se diferencian en el modelo del gasto ya que uno solo abarca gastos públicos y el otro indicador abarca públicos y privados.

En el marco de la OCDE (OCDE, 2021), los sistemas de salud se financian para cubrir los gastos de su población según diferentes modalidades:

- Cobertura obligatoria o automática. Es el principal mecanismo implantado en la mayoría de los países de la OCDE. Se financia a través de:
    - Esquemas gubernamentales: pueden dirigirse a un país o a un grupo de población residente específico. En países como Noruega, Suecia, Finlandia o el Reino Unido representan el 80% del gasto en salud. Se nutren de impuestos y gravámenes, a través de presupuestos o de asignaciones y contribuciones gubernamentales a la Seguridad Social.
    - Seguros médicos obligatorios, gestionados tanto a nivel público como privado. Países, como por ejemplo Francia, Alemania o Japón dedican el 75% del gasto a esta modalidad. Sus ingresos provienen mayoritariamente de las contribuciones sociales de los empleadores y de los trabajadores. Los gobiernos participan en su financiación, aproximadamente en un 25% de media.
- Gasto de los hogares: puede ser discrecional o en modo copago. En el año 2019 supuso en torno a un 20% del gasto en el entorno de los países analizados en este trabajo.

Seguros médicos voluntarios, como complemento a los anteriores. Se articulan mediante pago de primas periódicas. Su proporción se ha incrementado en los últimos años.

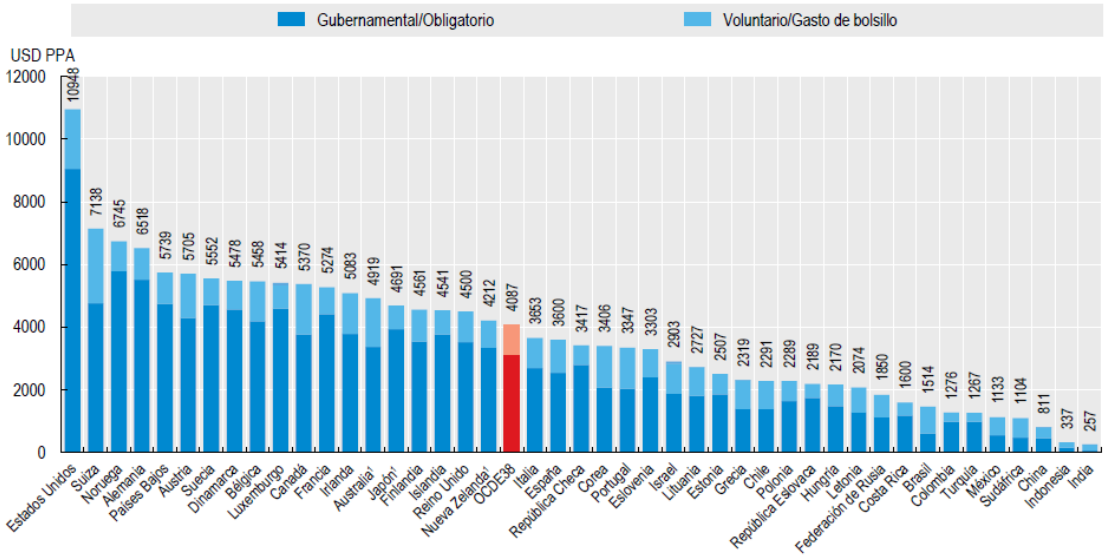


Ilustración 2. Gasto en salud per cápita año 2019 (o año más cercano).
FUENTE: OCDE, 2021, P. 191

2.3. ESPERANZA DE VIDA

En los últimos 50 años la esperanza de vida se ha ido incrementando en los países de la OCDE, aunque este incremento se ha ralentizado en la última década. En 2019, como media, se situaba en los 81 años, 10 más que en la década de los 70. Por género, como media, se constata una brecha a favor de las mujeres de 5,3 años en su esperanza de vida al nacer. Fruto todo ello de una mayor financiación, de mayores niveles de renta, del aumento de nivel educativo y de mejores hábitos de vida (OCDE, 2021). La ralentización se debe también a múltiples factores: la pandemia, el aumento de enfermedades cardiovasculares, el incremento de tasas de obesidad y diabetes, las crisis de opioides en algunos países, etc. Y también, en el terreno puramente económico, las restricciones y las medidas de austeridad implantadas en la crisis de 2008.

Hay una tendencia clara a pensar que la renta per cápita es el factor determinante al mostrar una asociación "directa y estadísticamente significativa con los años de vida saludable a los 65 años …" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016, pág. 6). Con esto se quiere afirmar que la renta por habitante de un país es el principal factor para la variación de la esperanza de vida. Cuanto mayor sea la renta por habitante de un país, estos deben tener un mayor promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud al llegar a los 65 años. Con la salvedad de que esto no es así en la esperanza de vida saludable al nacer. Otros autores (Lago et al., 2022) concluyen que el Gasto Total en Salud, bien como porcentaje del PIB o bien en términos per cápita, centrados en el gasto público y privado, incide en el estatus de salud general, normalmente medido como esperanza de vida al nacer, y, en algunos

estudios, como esperanza de vida al nacer en buena salud, añadiendo el término de eficiencia del gasto como un factor a tener en cuenta. En la misma línea, otros estudios muestran que el gasto sanitario público per cápita es el factor que mejor explica las diferencias de salud general: mayor gasto sanitario público conlleva "más años vividos en buena salud y menos años vividos en mala salud" (Rentería, 2022, pág. 1).

La *esperanza de vida al nacer* se considera una de las medidas más significativas de la salud. Es una medida compleja (Rodríguez, 2015b) que depende de muchos factores: gasto sanitario y modelos de financiación, facilidad de acceso al sistema de salud, nivel educativo, nivel socioeconómico, hábitos de vida saludables, el entorno físico… Como norma general, en los países con mayor PIB *per cápita* se da una mayor esperanza de vida, correlación reflejada en la curva de Preston, pero también se constata que es así, especialmente, en los países con renta alta, donde las buenas condiciones sanitarias acompañadas de un adecuado sistema sanitario. Rodríguez puntualiza que, en los países con menores niveles de renta, la esperanza de vida se ve condicionada además por una serie de variables ambientales, estilos y hábitos de vida mejorables y variables sanitarias y de salud (por ejemplo, gasto sanitario). Como conclusión general, Rodríguez (2015b) entiende que la renta es un factor determinante para conseguir una mayor esperanza de vida en los países con renta baja y alta. Con ciertas diferencias en función del género y en diversos estratos de edad, en general, la esperanza de vida se correlaciona negativamente, según Rodríguez con el consumo de tabaco y alcohol, mientras que es positiva con el nivel de renta, con el gasto farmacéutico y el gasto en salud.

La OCDE (2021) complementa el indicador esperanza de vida con otro indicador: *esperanza de vida saludable*. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016) se calcula sustrayendo a los datos de vida de una determinada cohorte los años con incapacidad o mala salud. Para estudiarla, se aplican encuestas que emplean una única pregunta con cuatro dimensiones: la presencia de limitación de actividad, valorar si se trata de una limitación que afecta a las actividades que normalmente se realizan, si esa limitación se debe a un problema de salud y si es superior a 6 meses.

2.4. MORTALIDAD

La OCDE (2021, pág, 70) a la hora de analizar las tasas de mortalidad entre países las asocia con las causas de los fallecimientos según los códigos registrados en la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo que facilita la comparabilidad entre países. La precisión y objetividad en los datos de este indicador lo convierten en un mecanismo excelente de monitorización de los problemas de salud, lo que permite el diseño y planificación de las actuaciones sanitarias futuras.

A la hora de describir la relación entre el gasto sanitario y la tasa de mortalidad infantil, Romero y Landman en su análisis de nueve países latinoamericanos, confirman la evidencia de que la crisis económica de los años ochenta repercutió directamente en el aumento de las tasas de mortalidad infantil. Por el contrario, evidencian que un crecimiento del PIB se acompaña de un decrecimiento de las tasas de mortalidad infantil (Romero y Landmann, 2000). Por su parte, la OCDE vuelve a analizar en su informe la relación inversa entre el nivel de gasto en salud y la mortalidad evitable, reproduciendo el mismo esquema de interpretación que el expuesto respecto a la esperanza de vida: los 18 países que más gastan, presentan menores tasas de mortalidad evitable (OCDE,

2021); en los 11 países que menos gastan se dan tasas de mortalidad evitable por encima de la media de la OCDE; ocho países (los antes citados más Chile) gastan en salud por debajo de la media y sus tasas de mortalidad evitable están por encima, seguramente debido a la calidad de sus sistemas sanitarios y a su grado de accesibilidad. A su vez, Estados Unidos es la excepción a la regla: es el país que más gasta sin conseguir reducir sus tasas de mortalidad. Por otra parte, Musgrove, Filmer y Pritchett (citados en Dhrifi, 2018) postulan la casi nula incidencia del gasto en salud sobre las tasas de mortalidad infantil si no va dirigido también al crecimiento económico general del país, evidenciando la relación directa entre pobreza y mortalidad infantil. Dhrifi matiza que es en los países con ingresos altos y medio-altos, donde el gasto sanitario elevado reduce la mortalidad infantil; en cambio, en los países con ingresos medio-bajos y bajos el impacto del incremento del gasto en sanidad no es significativo (Dhrifi, 2018). Por su parte, Berger y Messer (2002) añaden otros elementos sustanciales a la cuestión afirmando, para sorpresa de muchos, que una mayor proporción de financiación pública del sistema repercute en mayores tasas de mortalidad en la población. Además de la influencia negativa directa de tasas de alcoholismo, de tabaquismo y de sobrepeso (Berger y Messer, 2002) como variables determinantes en el aumento de la mortalidad.

El indicador de mortalidad evitable es una medida fundamental (OCDE, 2021) para evaluar la idoneidad de los sistemas de salud. En 2019, tres millones de personas menores de 75 años fallecieron pudiéndose haber evitado con mejores intervenciones de salud y campañas de prevención. Por lo tanto, el umbral de edad para considerar una muerte evitable se sitúa en los 74 años. Especialmente incisivos fueron el cáncer, los infartos, los suicidios, accidentes cardiovasculares y las adicciones, siempre con tasas más altas en los hombres que en las mujeres explicadas por mayor exposición a factores de riesgo (por ejemplo, tabaquismo). A partir de 2020 la pandemia explica el incremento en este indicador. Encontramos dos aspectos en las estadísticas de EUROSTAT y de la OCDE:

- La *mortalidad prevenible-evitable* se define como “las causas de muerte de personas de menos de 75 años, que pueden ser evitadas principalmente a través de políticas de salud pública e intervenciones de prevención primaria (es decir, antes de la aparición de enfermedades/lesiones, para reducir su frecuencia)” (OCDE, 2021, p. 88). Es el indicador que se contempla en este trabajo.
- La *mortalidad tratable*: es la que se aborda desde el tratamiento. Son muertes que pueden ser evitadas con la intervención adecuada desde los servicios de salud. Abarca la prevención secundaria y el tratamiento una vez aparecida la enfermedad.

La mortalidad infantil es uno de los fenómenos demográficos más preocupantes. Diversas organizaciones internacionales, como UNICEF, la OMS o el Banco Mundial, llaman la atención constantemente sobre los alarmantes datos que se ceban, sobre todo, en los países en vías de desarrollo. Dhrifi (2018) expone los datos que evidencian la magnitud del problema: 11 millones de niños al año, con el agravante de que una gran parte de ellos son evitables (en torno a 6 millones), ya que están directamente relacionadas con la desnutrición, con el no disponer de agua potable o de una red de saneamiento o con la falta de vacunas y de antibióticos para tratar procesos infecciosos. Existen diferentes posturas sobre el tema: autores como Musgrove, Filmer y Pritchett (citados en Dhrifi, 2018) que postulan la casi nula incidencia del gasto en salud sobre las tasas de mortalidad infantil si no va dirigido también al crecimiento económico general del país. Se evidencia la relación directa entre pobreza y mortalidad infantil, por

lo que gastar en salud reduce la tasa de mortalidad infantil sobre todo en los países de ingresos altos y medio-altos. Por el contrario, en los países con ingresos bajos y medio-bajos no se observa que el gasto sanitario implique un impacto significativo sobre la salud infantil (Dhrifi, 2018). Otros autores, como Berger y Messer (2002) evidencian la dependencia directa del gasto en salud y del tipo de seguro médico. Los autores añaden otros elementos sustanciales a la cuestión afirmando, para sorpresa de muchos, que una mayor proporción de financiación pública del sistema repercute en mayores tasas de mortalidad en la población. Además de la influencia negativa directa de las tasas de alcoholismo, de tabaquismo y de sobrepeso (Berger y Messer, 2002) como variables determinantes en el aumento de la mortalidad. En todo caso, los autores vuelven a destacar la importancia de poder acceder a las infraestructuras sanitarias y de poseer un mayor nivel socioeducativo, sobre todo en contextos de ingresos bajos.

El 66% de las muertes durante el primer año de vida de los infantes ocurren antes de que el recién nacido cumpla 28 días (conocido como mortalidad neonatal), causado principalmente por anomalías congénitas, partos prematuros y vicisitudes durante el embarazo (OCDE, 2021). Después de ese periodo (mortalidad posneonatal), los decesos se deben a otras causas: muerte súbita, defectos congénitos, procesos infecciosos o accidentes.

Las tasas de mortalidad infantil se refieren, según la OCDE (2021), a las ocurridas durante los primeros cinco años de vida y son bajas en el entorno, incrementándose su frecuencia entre las poblaciones indígenas, las minorías étnicas y otros grupos vulnerables. También preocupan los altos índices de problemas de salud mental, obesidad, sedentarismo… que son factores de riesgo de aparición de enfermedades en la edad adulta. En sentido estricto, la OCDE define la tasa de mortalidad infantil como "el número de muertes de infantes de menos de un año por cada 1000 nacidos vivos" (2021, pág.96). Para poder articular la comparabilidad de los datos, y ya que hay países que lo computan con diferentes criterios de edad, se ha establecido el umbral de 22 semanas de gestación (o 500 gr de peso) para poder confrontar datos internacionales. Según Lago (2022, pág. 104), este indicador puede concebirse como uno de los más idóneos para describir el grado de desarrollo social de un país.

Por otra parte, la mortalidad materna es un fenómeno que tiene una triple etiología:

- Por causa obstétrica directa: complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio.
- Por causa obstétrica indirecta: enfermedades previas de la madre que se inician o agravan durante ese periodo.
- Por causa no obstétrica: accidentales.

Se suele calcular atendiendo el número de mujeres fallecidas y dividido por el número de nacidos vivos. Su medida es difícil y compleja. La dimensión de este problema seguramente está subestimada y, probablemente, las estadísticas oficiales no lo contemplan en su magnitud. Se suele expresar por 100.000 nacidos vivos. Es uno de los indicadores de resultado sanitario que mejor explican las diferencias socioeconómicas y sanitarias entre países. Por continentes, la mayor tasa se da en África, seguida de Oceanía y Sudamérica (Valle et al. 2009).

2.5. SALUD AUTO-PERCIBIDA

La salud autopercibida es un indicador subjetivo que complementa a los indicadores de esperanza de vida y al de mortalidad (que miden la supervivencia) al comprender los aspectos globales de salud física y mental. A pesar de su subjetividad, reconocida por la propia OCDE (2021) según Palladino et al. (2016) es un excelente predictor para la toma de decisiones sobre las necesidades de salud. Tal es así que la mayoría de los países de la OCDE ponen en marcha encuestas periódicas preguntando a la ciudadanía qué opina sobre su propio estado de salud. Esas encuestas se ven condicionadas por la idiosincrasia sociocultural, lo que compromete la comparabilidad entre países. La medición de este indicador puede presentar un sesgo negativo en los países con poblaciones envejecidas, ya que esos grupos de edad, por razones obvias, ven su propia salud más precaria. Otro problema se debe al propio diseño de las alternativas de respuesta. Se dan casos, como por ejemplo los Estados Unidos y Australia, entre otros, en los que la escala de respuestas está diseñada hacia el lado positivo (excelente, muy buena, buena, razonable, mala) sesgando las respuestas hacia posiciones más favorables y positivas sobre el propio estado de salud. Ocurre lo contrario en países como Corea (OCDE, 2021).

3. METODOLOGÍA

El trabajo se articula como estudio descriptivo debido a que la información ha sido obtenida sin ninguna modificación del entorno, ecológico ya que se comparan grupos de una alta cantidad de personas en vez de individuos y cuantitativo porque se agrupan y analizan datos numéricos (Lago, 2013), tomando como referencia los datos de los países de la OCDE. Para ello se han elegido de la OCDE siete indicadores diferentes y se han recopilado sus datos para el año 2019 ya que así se puede estudiar los datos sin las variaciones provocadas por la pandemia. Las definiciones de los indicadores se pueden ver a continuación (OCDE, 2023)

Tres indicadores de gasto que son las variables independientes:

- Gasto y financiación en salud per cápita (público): Este indicador mide el gasto que realiza un país en sanidad por cada habitante para planes gubernamentales/obligatorios. Se mide en dólares estadounidenses.
- Gasto y financiación en salud en relación con el PIB: Este indicador mide el esfuerzo económico en sanidad que realiza un país en relación con la magnitud de su economía para planes gubernamentales/obligatorios. Se mide como tanto por ciento del PIB del país que utilizan para este gasto.
- Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado): Este indicador mide al igual que el primero los gastos que realiza un país en sanidad por cada habitante, pero no solo en el ámbito público, mide también los pagos voluntarios de atención médica de los habitantes, es decir los pagos en el ámbito privado. Se mide en dólares estadounidenses.

Cuatro indicadores de resultados que son las variables dependientes:

- Esperanza de vida: La esperanza de vida al nacer se define como el número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si la tasa de mortalidad actual no cambia.
- Mortalidad materna e infantil: Este indicador mide la muerte de una mujer durante el embarazo o los cuarenta y dos días siguientes al momento del nacimiento y la muerte de un recién nacido en el periodo entre el nacimiento y su primer año de edad. Se mide en muertes por cada 1.000 nacidos vivos.
- Mortalidad evitable: Este indicador mide las muertes por procesos que poseen tratamiento o medidas de prevención y podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiese actuado de manera acertada. Se mide en muertes por cada 100.000 habitantes.
- Estado de la salud percibido: Este indicador mide la satisfacción de la población de un país con su salud. Es un indicador subjetivo ya que se obtiene a través de encuestas. Se mide en el tanto por ciento de la población mayor de 15 años, en tasa bruta, que piensa que tiene una salud mala/muy mala.

Para el estudio se han elegido 38 países debido a que son los que forman la OCDE y de los que se pueden obtener sus datos. Este grupo de países ha sido diferenciado según su área geográfica en seis grupos para poder estudiar mejor sus datos dependiendo de su área y desarrollo. En el caso de Europa al ser un grupo de países muy amplio se ha separado en dos grupos distintos. Uno formado por los países pertenecientes a la UE y otro por los países que no pertenecen a la UE. La división geográfica ha sido realizada siguiendo la clasificación de países por región del Banco Mundial (The World Bank, 2023).

- Países europeos pertenecientes a la UE: Lituania, Polonia, Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Francia, Eslovaquia, España, Suecia, Finlandia, Eslovenia, Irlanda, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Dinamarca, Grecia, Italia y Portugal.
- Europeos no pertenecientes a la UE: Suiza, Turquía, Reino Unido, Noruega e Islandia.
- Medio Asia y norte de África: Israel.
- Norteamérica: Canadá y Estados Unidos.
- Latinoamérica y Caribe: México, Chile, Colombia y Costa Rica.
- Este asiático y Pacífico: Australia, Japón, Nueva Zelanda y Corea.

Obteniendo los datos a través de la página oficial de la OCDE, se han realizado dos tablas una para indicadores de gasto y otra de resultados en las que se expresa para cada país el dato de cada indicador. En la tabla de indicadores de gasto hay cinco columnas, la primera es el área geográfica, la segunda el país, la tercera el indicador de gasto per cápita público, la cuarta el indicador gasto en relación con el PIB y la quinta el indicador de gasto per cápita público y privado. En la tabla de indicadores de resultados hay seis columnas, la primera y la segunda es igual a la tabla anterior, la tercera es el indicador de esperanza de vida, la cuarta el indicador de mortalidad materna e infantil, la quinta el indicador de mortalidad evitable y la sexta el indicador del estado de la salud. Tras la elaboración de las tablas se realiza un estudio de los datos obtenidos y se obtienen doce gráficas. En cada una se han expresado los valores del indicador de gasto y los del indicador de resultado. La gráfica está expresada a través de 38 puntos donde cada uno define un país. Cada punto tiene un color dependiendo de su área geográfica para poder observar mejor cómo varían dependiendo de su ubicación. Además, cada área geográfica tiene su línea de tendencia. En el caso de Israel o de Estados Unidos y Canadá, al ser uno y dos países en sus respectivas áreas geográficas, no es muy relevante el estudio la línea de tendencia, por lo cual esta parte del análisis se centra en las otras cuatro áreas.

En primer lugar, se ha estudiado el gasto per cápita en PPA actuales. De este indicador de gasto se ha obtenido cuatro gráficas de su correlación con cada uno de los indicadores de resultados: primero, con la esperanza de vida, segundo, con la mortalidad materna e infantil, tercero, con la mortalidad evitable y cuarto, con el estado de la salud percibido. Este proceso se ha ejecutado para cada indicador de gasto. Tras el gasto per cápita se estudia el gasto en % del PIB y por último el gasto tanto público como privado. Posterior a cada gráfica se ha descrito la observación que se ha efectuado en el estudio. Por lo tanto, al finalizar el estudio se han obtenido dos tablas, doce gráficas y doce descripciones.

El periodo temporal que se ha utilizado en este estudio es el año 2019, aunque algunos datos no se han podido obtener de este año por lo que se han utilizado datos del 2018. Estos casos se pueden observar en las tablas que hay a continuación, los datos obtenidos en el 2018 se encuentran de color rojo en cada tabla.

4. RESULTADOS

En este apartado, se ha realizado un estudio de siete indicadores, tres de gasto y financiación de la salud y cuatro de resultados de la salud. Estos indicadores que han sido definidos anteriormente se han obtenido de los países pertenecientes a la OCDE. Los resultados se expresan a través de dos tablas donde se indica el área geográfica, el país, los indicadores de gasto y los indicadores de resultado, y con dichas tablas se han realizado las gráficas donde se ha estudiado la correlación entre los diferentes indicadores.

Tabla 1. Indicadores de gasto y financiación de la salud por países.

ÁREA GEOGRÁFICA	PAÍS	GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD (PER CÁPITA PÚBLICO Y PRIVADO)	GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD (% del PIB)	GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD (per cápita tanto público como privado)
Países de Europa no pertenecientes a la UE	Islandia	3.763,8	7,1	8,6
	Noruega	5.788,2	9,0	10,5
	Reino Unido	3.533,2	8,0	10,2
	Suiza	4.765,7	7,5	11,3
	Turquía	987,2	3,4	4,3
Países de Europa pertenecientes a la UE	Alemania	5.514,4	9,9	11,7
	Austria	4.292,1	7,9	10,4
	Bélgica	4.192,4	8,2	10,7
	Dinamarca	4.562,2	8,3	10,0
	Eslovenia	2.404,4	6,2	8,5
	España	2.542,5	6,4	9,1
	Estonia	1.867,6	5,0	6,7
	Finlandia	3.547,5	7,1	9,2
	Francia	4.415,0	9,3	11,1
	Grecia	1.385,8	4,7	7,8
	Hungría	1.482,5	4,3	6,4
	Irlanda	3.791,0	5,0	6,7
	Italia	2.700,6	6,4	8,7
	Letonia	1.240,4	4,0	6,6
	Lituania	1.810,4	4,7	7,0
	Luxemburgo	4.600,0	4,6	5,4
	Países Bajos	4.743,0	8,4	10,2
	Polonia	1.643,2	4,6	6,5
	Portugal	2.041,1	5,8	9,5
	República Checa	2.795,6	6,4	7,8
	República Eslovaca	1.746,7	5,6	7,0
	Suecia	4.712,7	9,3	10,9
Países de medio Asia y el norte de África	Israel	1.880,8	4,8	7,5
Países de Norte América	Canada	3.768,3	7,6	10,8
	Estados Unidos	9.053,8	13,9	16,8
Países de Latino América y Caribe	Chile	1.388,7	5,7	9,3
	Colombia	989,4	6,0	7,7
	Costa Rica	1.182,9	5,4	7,3
	Mexico	558,6	2,7	5,4
Países del este de Asia y Pacífico	Australia	3.378,8	6,5	9,4
	Japón	3.936,6	9,3	11,0
	Korea	2.077,2	5,0	8,2
	Nueva Zelanda	3.355,2	7,2	9,1

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

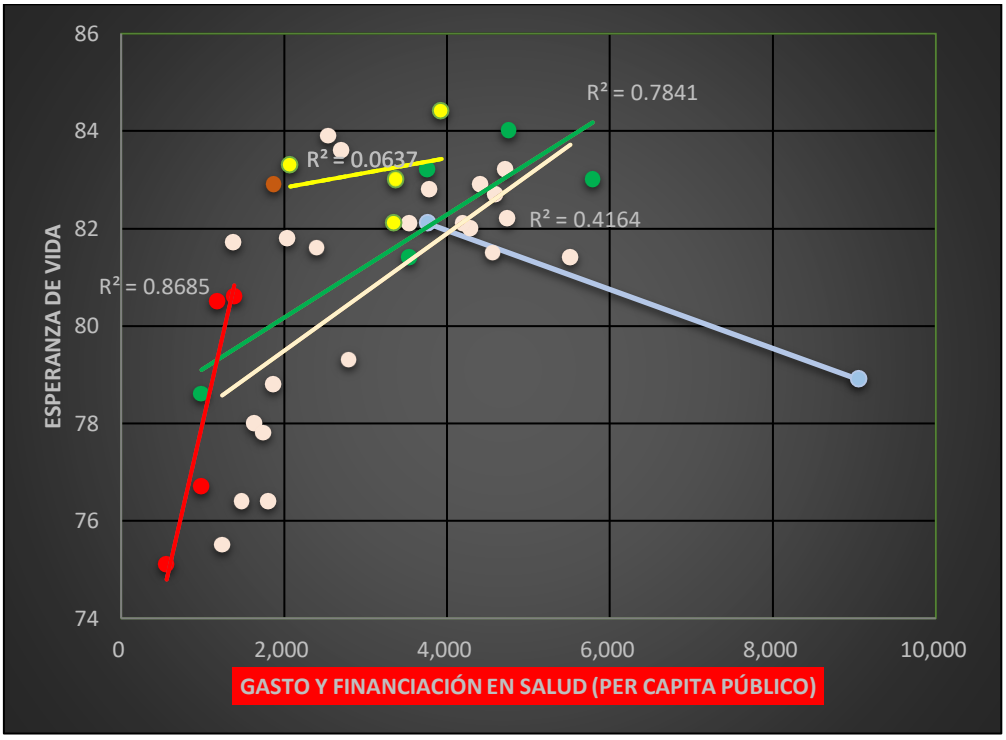
Tabla 2. Indicadores de resultados de la salud por países

ÁREA GEOGRÁFICA	PAÍS	ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)	MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL (MUERTES POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS)	MORTALIDAD EVITABLE (MUERTES POR 100.000 HABITANTES)	ESTADO DE LA SALUD PERCIBIDO (% POBLACIÓN MALA O MUY MALA SALUD)
Países de Europa no pertenecientes a la UE	Islandia	83,2	1,1	87	
	Noruega	83	2		9,6
	Reino Unido	81,4	3,7	123	7,4
	Suiza	84	3,3	84	4,2
	Turquía	78,6	9	126	10,4
Países de Europa pertenecientes a la UE	Alemania	81,4	3,2	122	5,5
	Austria	82	2,9	124	7,8
	Bélgica	82,1	3,7	121	9,1
	Dinamarca	81,5	3	124	8,3
	Eslovenia	81,6	2,1	142	9,6
	España	83,9	2,6	92	7,2
	Estonia	78,8	1,6	195	13,3
	Finlandia	82,1	2,1	125	5,6
	Francia	82,9	3,8		8,9
	Grecia	81,7	3,7	118	6,6
	Hungría	76,4	3,6	262	11,8
	Irlanda	82,8	2,8	109	3,2
	Italia	83,6	2,4		7
	Letonia	75,5	3,4	248	15,4
	Lituania	76,4	3,3	241	15,2
	Luxemburgo	82,7	4,7	93	9
	Países Bajos	82,2	3,6	99	5,5
	Polonia	78	3,8	182	12,8
	Portugal	81,8	2,8	116	15,2
	República Checa	79,3	2,6	155	10,4
	República Eslovaca	77,8	5,1	189	12,6
	Suecia	83,2	2,1	97	5,1
Países de medio Asia y el norte de África	Israel	82,9	3,1	72	11
Países de Norte América	Canada	82,1	4,4	113	2,8
	Estados Unidos	78,9	13,3	181	3,3
Países de Latino América y Caribe	Chile	80,6	6,5	122	
	Colombia	76,7	17,3	148	1,3
	Costa Rica	80,5	8,2	127	
	Mexico	75,1	13,1	220	10,4
Países del este de Asia y Pacífico	Australia	83	3,3	103	
	Japón	84,4	1,9	86	13,6
	Korea	83,3	2,7	103	15,2

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

4.1. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD PER CÁPITA (PÚBLICO)

4.1.1. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y esperanza de vida



Gráfica.1. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y esperanza de vida.
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

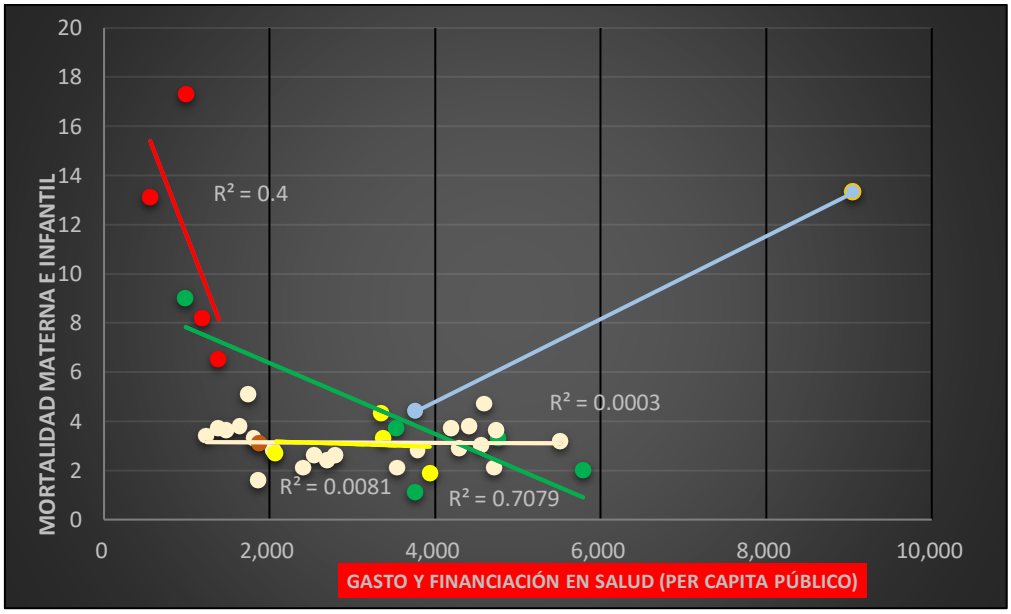
En la Gráfica 1 se ha realizado el estudio de la correlación entre el indicador de gasto y financiación en salud per cápita público y el indicador de estado de la salud mediante la esperanza de vida. Como se puede observar, se ve claramente cómo los países que mayor gasto realizan tienden a tener una esperanza de vida con una edad bastante más elevada que los países con menos gasto.

Se puede diferenciar cómo los países de Latinoamérica y el Caribe que es el área geográfica donde la correlación positiva tiene mayor intensidad, además de un grupo de países pertenecientes a la UE, son los que menos gasto realizan en salud y por consiguiente los que tienen una esperanza de vida menor.

En el gráfico se puede observar cómo existe una excepción clara a esta regla que se trata de los Estados Unidos. Este país es sin duda el que mayor gasto realiza, pero su esperanza de vida se encuentra por debajo de la mayoría de los países. Esta anomalía se debe a razones exclusivas de este país, ya que tiene programas federales y estatales decisivos para adquirir los servicios de salud además de compañías de seguros privadas. Todos estos casos tienen un caste muy alto, provocando así que los ciudadanos de los Estados Unidos deban realizar un desembolso económico muy elevado para conseguir seguros para el cuidado básico de la salud. Existen planes privados del gobierno como Medicare y Medicaid, pero estos planes se centran en el cuidado de la salud de únicamente ancianos, personas sin recursos y discapacitadas (WorldRemit, 2023)

Sin tener en cuenta el dato excepcional de los Estados Unidos, en las demás áreas geográficas está muy marcada la correlación positiva entre el gasto en salud per cápita y una mejor esperanza de vida. Sin tener en cuenta el dato excepcional de los Estados Unidos, en las demás áreas geográficas está muy marcada la correlación positiva entre el gasto en salud per cápita y una mejor esperanza de vida.

4.1.2. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad materna e infantil



Gráfica.2. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad materna e infantil
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

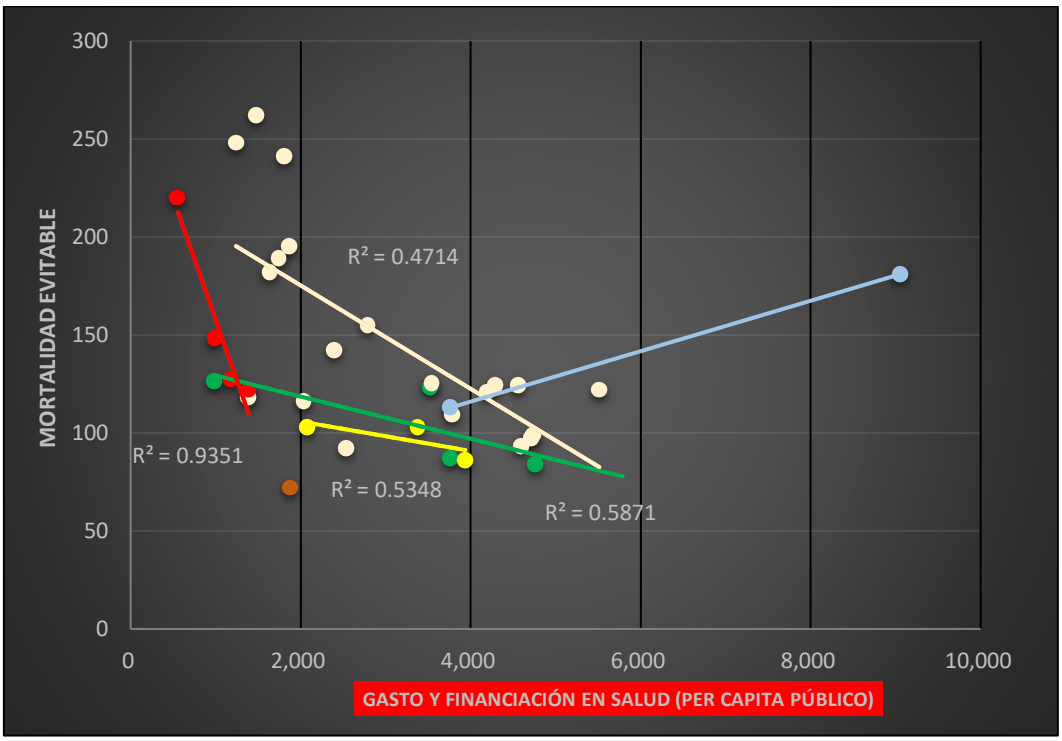
Como se puede observar en la Gráfica 2 se ha realizado un estudio de la correlación entre el indicador de gasto y financiación en salud per cápita público y el indicador de estado de la salud referido a la mortalidad materna e infantil. En el gráfico puede verse fácilmente como los países que tienen una mayor mortalidad materna e infantil tienden a tener un menor gasto en la salud.

La excepción como en otros casos es Estados Unidos, que debido a sus altos costes médicos a pesar de tener un mayor gasto en salud per cápita que otros países, posee una mortalidad materna e infantil también más elevada.

En conjunto de este gráfico se puede concluir que se produce una correlación negativa entre el gasto y financiación en salud per cápita y la mortalidad materna e infantil. Los países con mayor gasto poseen una menor mortalidad materna e infantil.

Los países que poseen una mayor mortalidad son los pertenecientes a Latinoamérica y el Caribe que además son los que menos capital invierten en salud. Entre los países europeos, asiáticos y oceánicos se ve como la mortalidad materna e infantil es homogénea. Los países pertenecientes a Europa, pero no pertenecientes a la UE forman el área geográfica con la correlación negativa más intensa.

4.1.3. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad evitable



Gráfica.3. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y mortalidad evitable.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

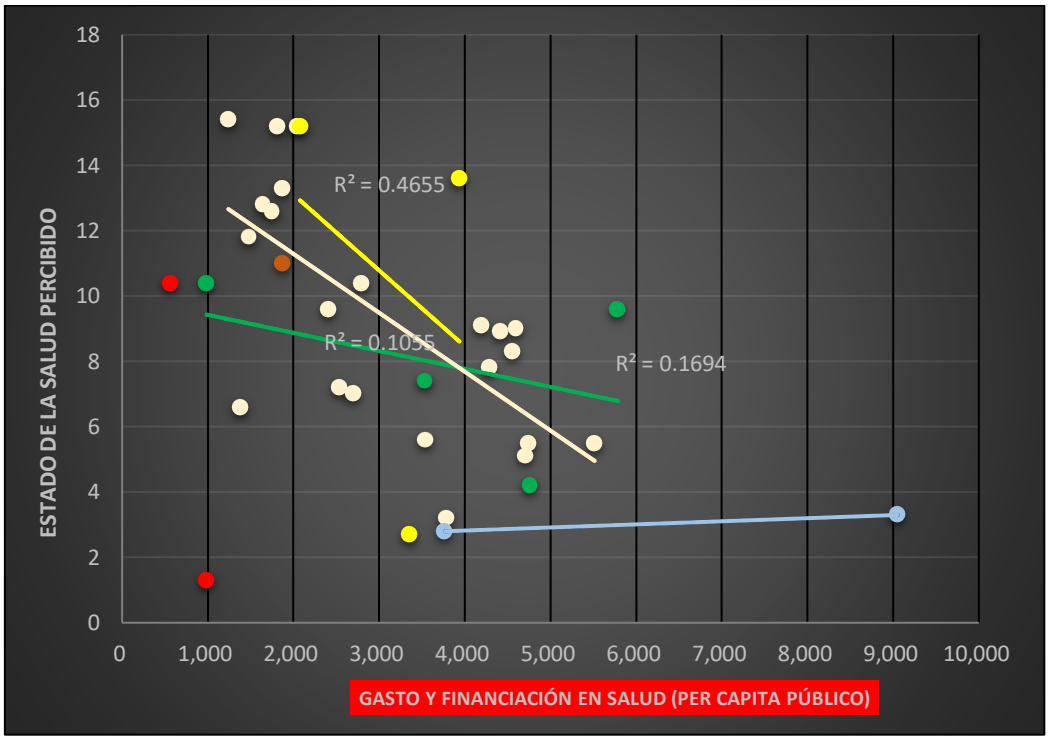
A través del estudio realizado sobre el gasto y financiación en salud per cápita público y la mortalidad, obtenemos la Gráfica 3 donde se puede ver la correlación en los países pertenecientes a la OCDE entre el dinero per cápita que gasta cada país en salud y los resultados en mortalidad evitable que obtienen.

En la Gráfica 3 se puede observar cómo los países de Latinoamérica y el Caribe son los que tienen la correlación negativa con mayor intensidad por lo tanto como tiene un gasto menor que la media, también tienen una mortalidad evitable superior. En este caso se encuentra como también hay un grupo de países pertenecientes a la Unión Europea que tienen la mayor mortalidad evitable. Estos países son los que menor gasto realizan en salud dentro de la zona geográfica de Europa.

Como también se ha comentado en las dos gráficas anteriores la excepción es Estados Unidos ya que a pesar de ser el país que con diferencia de los demás tiene el mayor gasto en salud también posee una mortalidad evitable muy elevada.

En conclusión, de la Gráfica 3 se puede obtener el resultado de que los países que tienen un mayor gasto per cápita en salud obtiene unos mejores resultados en mortalidad evitable. La correlación entre gasto y mortalidad es negativa.

4.1.4. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y estado de la salud percibido



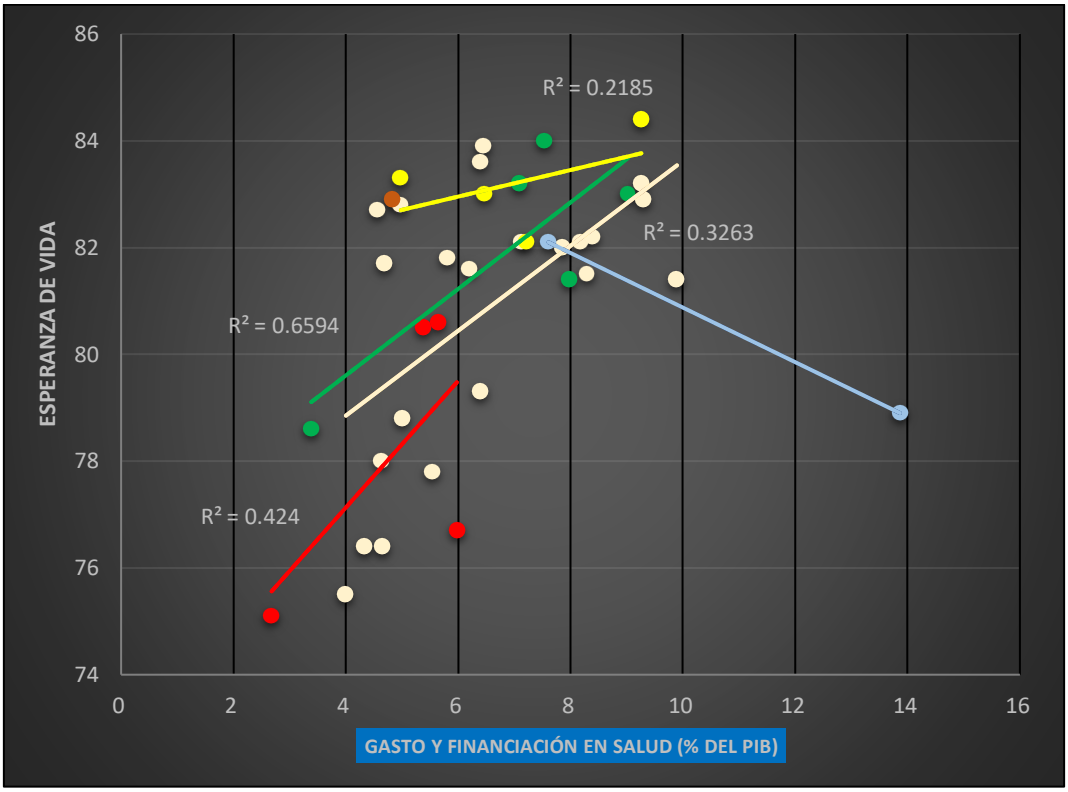
Gráfica.4. Gasto y financiación en salud per cápita (público) y estado de la salud percibido. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

En la Gráfica 4 se observa el estudio realizado sobre la correlación entre el gasto y financiación en salud per cápita público y el estado de la salud percibido. A diferencia de las demás gráficas en este caso no se puede ver una correlación negativa muy marcada entre los dos indicadores.

Se puede diferenciar entre las áreas geográficas ya que la mayoría de los países de Europa, Asia y Oceanía son los que mejores datos de estado de salud obtienen y en cambio los países de Latinoamérica, Caribe y Norteamérica son los que peores datos tienen sobre este indicador. En general sí que parece que muestran una correlación negativa, donde los países con más gasto tienden a mostrar un menor porcentaje de la población que declara mala salud.

4.2. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD (% DEL PIB)

4.2.1. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y esperanza de vida



Gráfica 5. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y esperanza de vida.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

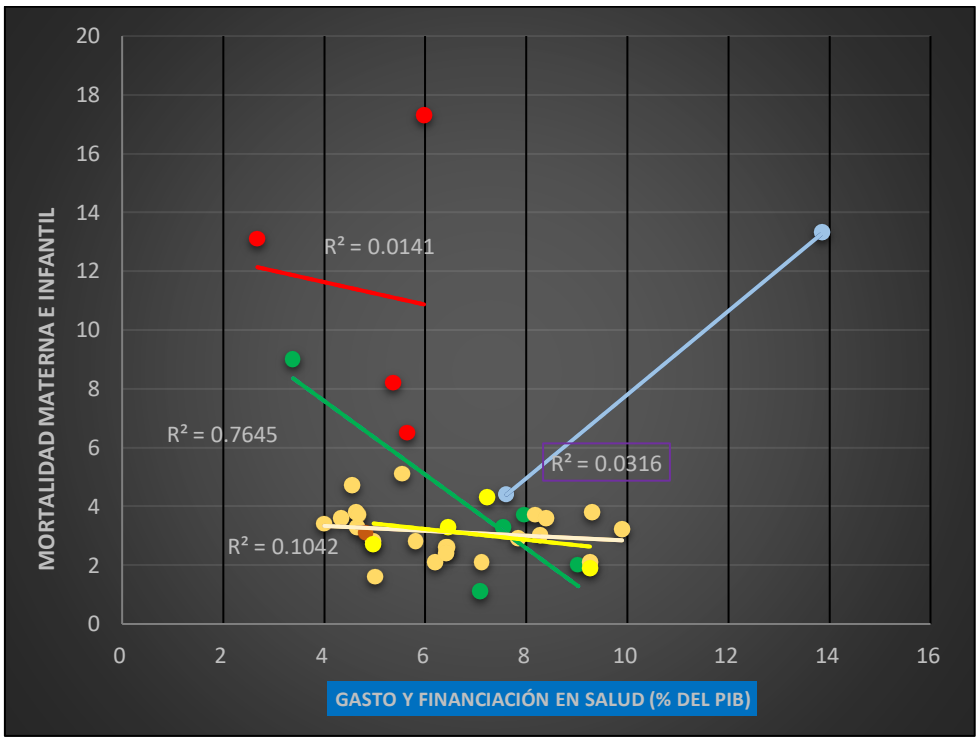
Como se puede observar en la Gráfica 5 se ha realizado un estudio de la correlación entre el gasto y financiación en salud (% del PIB) de los países y la esperanza de vida.

En este caso al igual que en la Gráfica 1, donde el estudio se realizada en gasto per cápita, la mayoría de los países tienen un gasto y una esperanza bastante similar, quedando como excepción un grupo de países de la Unión Europea y de Latinoamérica y Caribe que son los países que menor gasto realizan y por lo tanto al tener una correlación positiva entre los indicadores también tienen una menor esperanza de vida.

La otra excepción, como en casos anteriores, es los Estados Unidos que sigue teniendo el mayor gasto en este caso del % de su PIB y una esperanza de vida menos que la media debido a los altos costes de sus seguros médicos.

El área geográfica donde que tiene una mayor intensidad en la correlación negativa entre los indicadores es la de los países de Europa no pertenecientes a la UE.

4.2.2. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad materna e infantil



Gráfica 6. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad materna e infantil.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

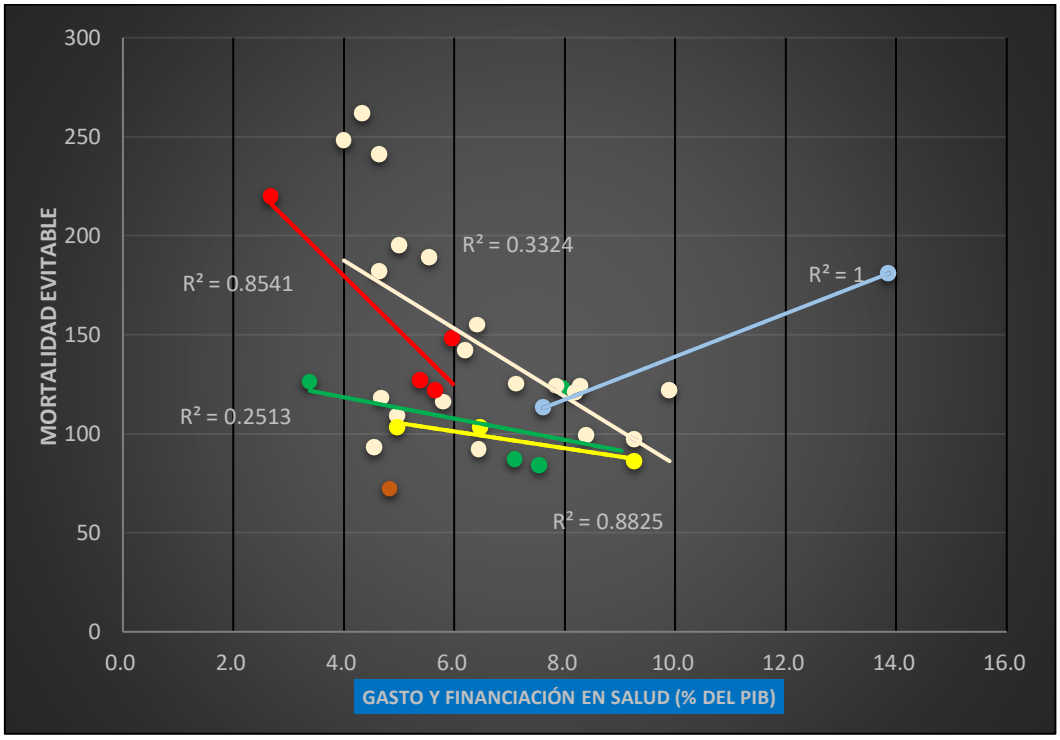
En la Gráfica 6 se encuentra reflejado el estudio de correlación entre el gasto y financiación en salud (% del PIB) en salud y la mortalidad materna e infantil en los distintos países de la OCDE.

En la gráfica se puede comprobar cómo hay un área geográfica de los países de la OCDE en la que se encuentran los países que tienen peor media de gasto y mayor media de mortalidad materna e infantil. Es el caso de Latinoamérica y Caribe.

En el caso de las demás áreas geográficas, la correlación negativa también es evidente, como por ejemplo en los países de Europa no pertenecientes a la UE donde la intensidad de esa correlación negativa es mayor.

El resultado que se ha obtenido a partir de los datos muestra como a excepción de Estados Unidos como en los casos anteriores, los demás países poseen una correlación negativa, los países que mayor mortalidad materna e infantil tienden a poseer un menor gasto (% del PIB) en salud.

4.2.3. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad evitable



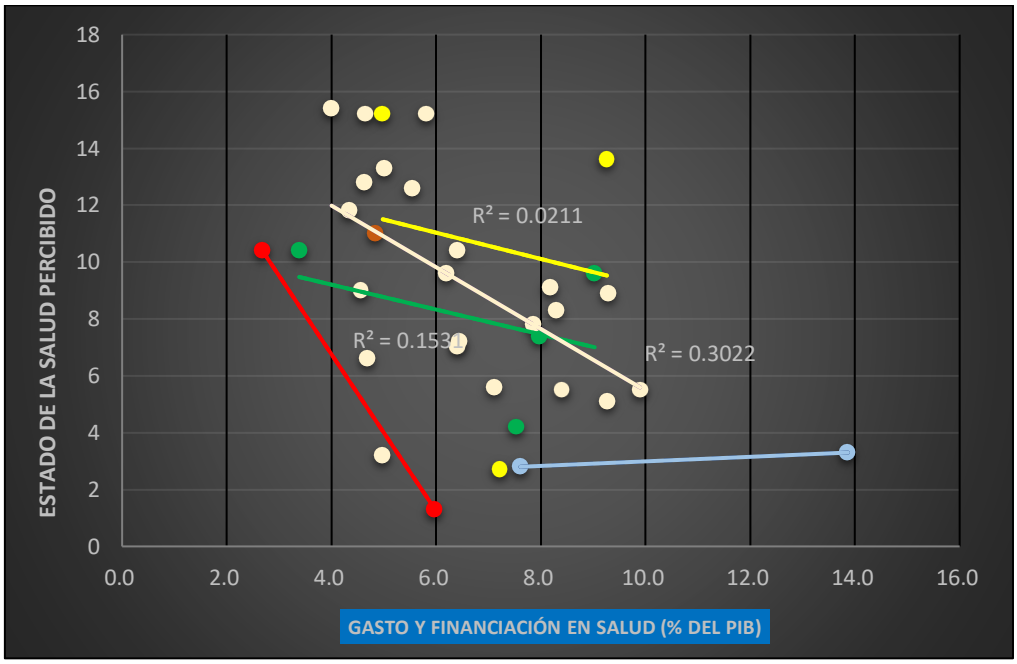
Gráfica 7. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y mortalidad evitable.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

Continuando con la Gráfica 7 en la que se realiza el estudio de la correlación entre el gasto y financiación en salud (% del PIB) y la mortalidad evitable en los países de la OCDE. En este caso la correlación es mucho más pronunciada y se ve como claramente los países que tienen un mayor gasto poseen una mortalidad evitable menor. Lo que indica que cuanto mayor es el gasto en % del PIB en el país, mejor resultado de salud en mortalidad evitable obtiene.

En este indicador, a diferencia de los anteriores donde los países de la Unión Europea siempre han obtenido un buen resultado en salud, se puede observar cómo hay un gran grupo de estos países que tienen una mortalidad evitable mayor que la media.

En las demás áreas geográficas la correlación también es negativa y sin tener en cuenta un país del Caribe y Sudamérica y Estados Unidos que sigue siendo la excepción poseyendo un gran gasto y un mal resultado en mortalidad evitable, los demás poseen datos parecidos.

4.2.4. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y estado de la salud percibido



Gráfica 8. Gasto y financiación en salud (% del PIB) y estado de la salud percibido.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

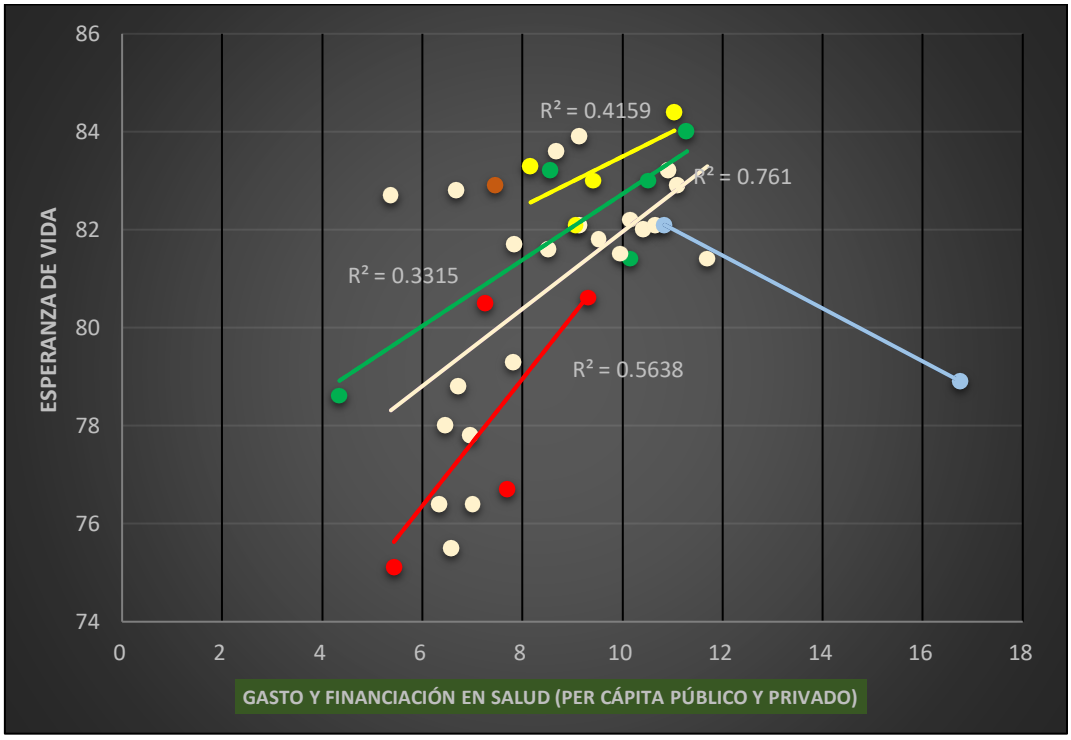
La Gráfica 8 representa el estudio de correlación entre el gasto y financiación en salud (% del PIB) y el estado de salud percibido

En este estudio se ve como la mayoría de los países tanto de Europa como del este asiático y del Pacífico son los que mejores datos obtienen, mientras que los países de Norteamérica y algún país de Latinoamérica y el Caribe son los que peores resultados tienen.

Con este indicador no se ve tan pronunciada la correlación negativa como con los indicadores anteriores, pero se puede apreciar como en los países pertenecientes a la UE la correlación negativa tiene mayor intensidad.

4.3. GASTO Y FINANCIACIÓN EN SALUD PER CAPITA (PÚBLICO Y PRIVADO)

4.3.1. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y esperanza de vida



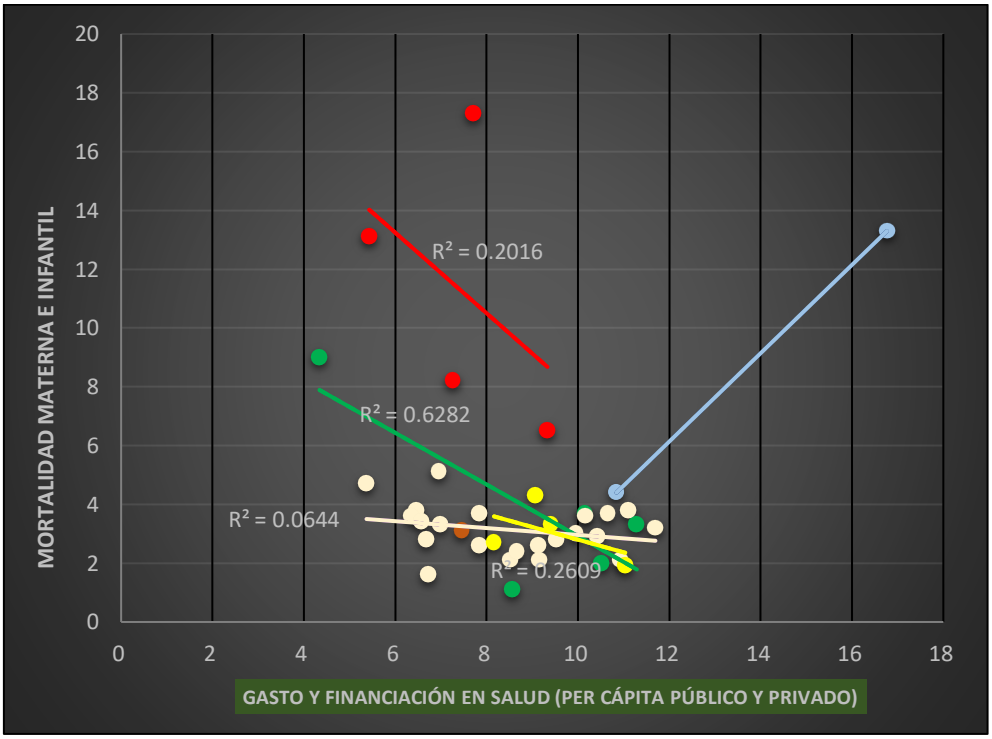
Gráfica 9. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y esperanza de vida.
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

En esta Gráfica 9 se ha representado el estudio sobre la correlación entre el gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y la esperanza de vida. Este estudio permite observar cómo existe una alta correlación positiva entre ambos indicadores.

Los países de la Unión Europea poseen la correlación positiva con mayor intensidad. Un grupo de países de esta área geográfica y los países del área de Latinoamérica y el Caribe son los que menor gasto realizan y por lo tanto los que peor esperanza de vida poseen.

La excepción como se ha visto desde el inicio de los estudios es Estados Unidos que, a pesar de su altísimo gasto en seguros médicos, no obtiene una esperanza de vida muy elevada.

4.3.2. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y mortalidad materna e infantil.



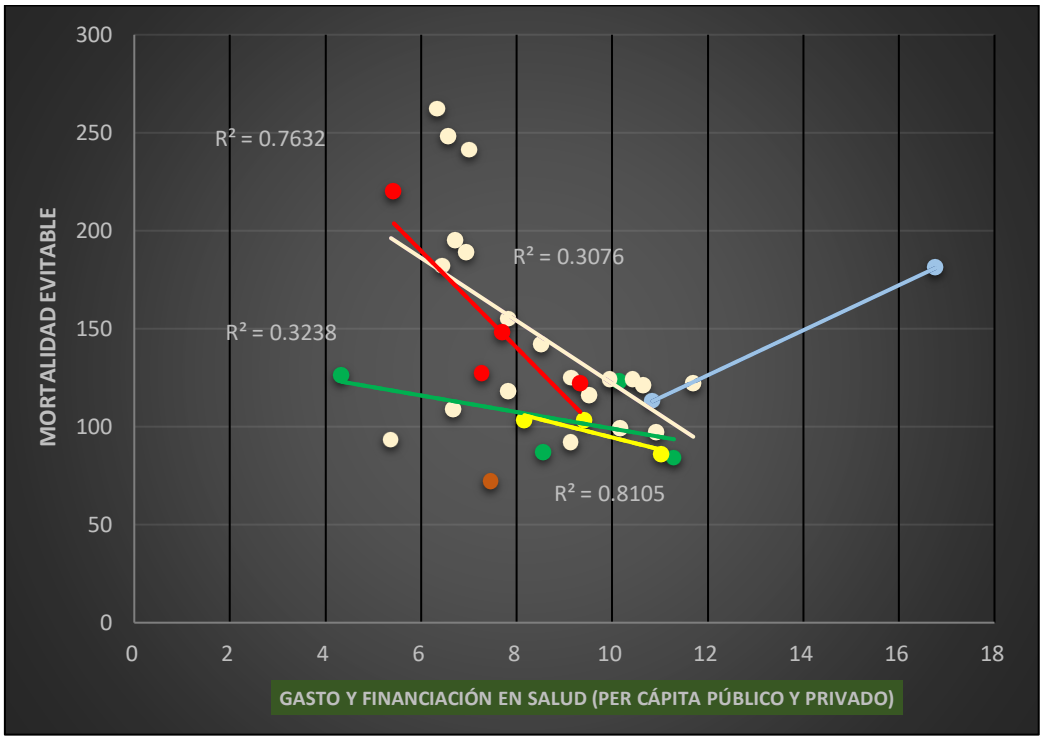
Gráfica 10. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y mortalidad materna e infantil. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

En esta Gráfica 10 se puede observar cómo a raíz del estudio de correlación entre el gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y la mortalidad materna e infantil, queda reflejado que existe un grupo de países en la OCDE, pertenecientes a Latinoamérica, Caribe y alguna excepción de Europa, que son los que menos cantidad de recursos económicos utilizan para el cuidado y estudio de la salud y por lo tanto tienen una mortalidad materna e infantil mayor.

Estados Unidos vuelve a tener datos excepcionales, ya que es el país que más dinero invierte, pero tiene uno de los peores datos en mortalidad materna e infantil, como hemos dicho anteriormente en repetidas ocasiones, esto se debe a su elevado gasto en seguros médicos.

En general en esta gráfica se puede ver como existe una correlación negativa entre gasto y mortalidad y en áreas como Latinoamérica, el Caribe y los países de Europa no pertenecientes a la UE, esta correlación es más intensa.

4.3.3. Gasto y financiación en salud per capita (público y privado) y mortalidad evitable

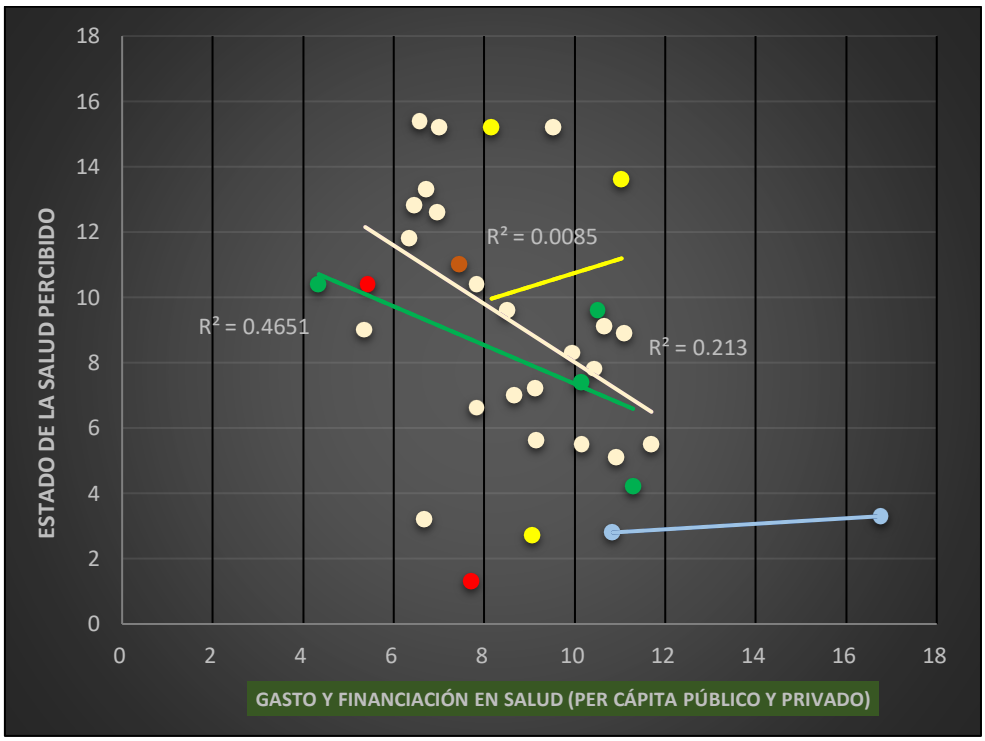


Gráfica 11. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y mortalidad evitable. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

Como se ha visto en las anteriores gráficas que estudiaban el indicador mortalidad evitable, en la Gráfica 11 también observamos una fuerte correlación negativa entre el gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y este indicador. Por lo tanto, los países que mayor gasto en salud realizan tienen una mortalidad evitable menor.

Como viene siendo la norma, los países de Latinoamérica y el Caribe que es el área geográfica con la correlación negativa con mayor intensidad y un grupo de países pertenecientes a la UE son los que menos gasto realizan y por lo tanto obtienen peores resultados de mortalidad evitable. Y como viene siendo la excepción Estados Unidos a pesar de ser el país que más gasto realiza, tiene una mortalidad evitable por encima de la media.

4.3.4. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y estado de la salud percibido



Gráfica 12. Gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y estado de la salud percibido. FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2023a)

La Gráfica 12 refleja el estudio de correlación entre el gasto y financiación en salud per cápita (público y privado) y el estado de salud percibido.

En esta gráfica se observa cómo los países que mejores datos obtienen son de Europa, del este asiático y del Pacífico, mientras que los países de Norteamérica y algún país de Latinoamérica y el Caribe son los que peores resultados tienen. Con este indicador no se ve tan pronunciada la correlación negativa como con los indicadores anteriores.

5. CONCLUSIONES

Este trabajo se ha realizado para contestar a la pregunta sobre si existe correlación entre el gasto en salud y los resultados de salud de los países de la OCDE. La finalidad es concluir si los países pertenecientes a la OCDE que más dinero invierten en la sanidad son los que posteriormente obtienen unos mejores resultados. Como se ha explicado anteriormente, se han elegido siete indicadores, tres de gasto y cuatro de resultados. Con estos datos se han obtenido dos tablas y doce gráficas que han servido para poder realizar el análisis de los resultados obtenidos del estudio.

En el análisis realizado la principal conclusión que se busca afirma que los países que realizan un mayor gasto en salud son los que mejores resultados obtienen.

Para ello se han utilizado distintos indicadores, lo que ha provocado que esta correlación no haya sido homogénea en todos los casos, pero sí que se ha podido confirmar que en la mayoría de los países y siendo estudiado con los distintos indicadores, un mayor gasto en salud tiene una correlación positiva con unos mejores resultados de la salud.

Entre los tres indicadores de gasto, no se ha encontrado una diferencia llamativa para la correlación, pero entre los indicadores de resultados sí la hay. En el caso de los indicadores esperanza de vida y mortalidad evitable, se puede observar cómo la correlación es muy fuerte, ya que sin duda en el primer caso se puede diferenciar en las gráficas de esperanza de vida cómo existe un grupo de países que tienen un menor gasto que son los que tienen una menor esperanza de vida y cómo el grupo de países que tienen un mayor gasto son los que tienen una mayor esperanza de vida. En el caso de la mortalidad evitable sucede lo mismo, ya que se puede observar también dos grupos bien diferenciados que hacen referencia a los que menor y mayor gasto realizan y que tienen una mayor y menor mortalidad evitable respectivamente.

En el caso de la mortalidad materna e infantil se observa una correlación negativa muy intensa pero no se pueden observar dos grupos de países tan diferenciados. Esto se debe a que a pesar de los distintos gastos por parte de los países hay un grupo bastante amplio que poseen una mortalidad materna e infantil similar. Este grupo está formado por los países más desarrollados y que en los tres casos de los indicadores de gasto, tienen una mortalidad materna e infantil muy pequeña.

Por último, en las gráficas del estado de salud percibido, todos los países tienen datos más similares y no tiene una correlación muy marcada entre el gasto y los resultados. Este caso se debe a que el estado de la salud percibido se trata de un indicador más subjetivo que los anteriores y depende mucho de la edad de la población del país donde se realice el estudio ya que este indicador normalmente se obtiene a raíz de encuestas realizadas por los propios países.

En todas las gráficas que se han realizado en el estudio se ha podido observar cómo existe una gran correlación positiva entre el gasto y buenos resultados en salud a pesar de que se han utilizado distintos indicadores y los países se han diferenciado por áreas geográficas.

Se ha podido ver cómo las gráficas poseen una excepción que se ha repetido en todos los casos. Esta excepción se trata de Estados Unidos. En los tres indicadores de gasto tanto per cápita público, como en el % del PIB, como en el gasto per cápita conjunto de público y privado, Estados Unidos es el país que mayor gasto realiza. En concordancia con los demás países del estudio, esto supondría que Estados Unidos debería ser el país que mejores resultados en salud tuviese, pero no es el caso. De hecho, Estados

Unidos es el país que tiene un mayor gasto en salud y el que peor resultados obtiene dentro de los países de altos ingresos. Esto se debe a que la gran cantidad de gasto que tiene el país en salud es consecuencia de los altos costes de seguros médicos que necesitan los ciudadanos para poder cuidar su salud. (Howard, 2023)

La conclusión de este trabajo responde a la pregunta que se ha realizado inicialmente. Para que un país obtenga buenos resultados en salud, el gasto que realiza no es una condición suficiente pero sí necesaria, es decir que se realice un mayor gasto en salud no conlleva automáticamente a unos mejores resultados en salud, pero si se ha podido observar cómo los países que realizan un mayor gasto en salud tienden a tener mejores resultados en salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, A. y St. Aubyn, M. (2004). "Nonparametric Approaches to Education and Health Expenditure Efficiency in OECD Countries". ISEG-UTL Economics Working Paper No. 1. Disponible en: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2655/1/wp332006.pdf (consultado 27/12/2023)

Argüeso, A.; Escudero, T.; Méndez, J.M.; Izquierdo, M.J. (2013). Instituto Nacional de Estadística (INE). *Alternativas en la construcción de un indicador multidimensional de calidad de vida*. Disponible en: https://www.ine.es/GS_FILES/DocTrabajo/art_doctr012013.pdf (consultado 04/12/2023)

Bastante, A. (2021). *Análisis de los indicadores sanitarios en los países de la OCDE: una comparativa entre tipologías sanitarias*, Trabajo Fin de Grado inédito, Universidad de Cantabria, Cantabria. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/23042 (consultado 03/11/2023)

Berger, M. C., y Messer, J. (2002). *Financiamiento público del gasto en salud, seguros y resultados de salud*. Economía Aplicada 34(17):2105-2113. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/24074937_Public_Financing_of_Health_Expenditures_Insurance_and_Health_Outcomes (consultado 21/01/2024)

Comisión de las Comunidades Europeas. (2009). Comunicación de la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo: *Más allá del PIB. Evaluación del progreso en un mundo cambiante*. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52009DC0433 (consultado el 14/11/2023)

Dhrifi, Abdelahfidh (2018). "Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo". *Revista de la CEPAL, nº 125, pp 72-97.* Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/43992-gastos-salud-crecimiento-economico-mortalidad-infantil-antecedentes-paises (consultado 09/10/2023)

Diario Oficial de la Unión Europea 11 diciembre 2012 (2012). *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO Y AL PARLAMENTO EUROPEO: Más allá del PIB, Evaluación del progreso en un mundo cambiante*. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:380E:0081:0084:ES:PDF (consultado 15/09/2023)

Elmendorf, E. (2019). "La salud mundial: antes y ahora". *Naciones Unidas.* Disponible en: https://www.un.org/es/chronicle/article/la-salud-mundial-antes-y-ahora (consultado 12/10/2023)

Evans, D., Tandon, A., Murray, C., Lauer, J. (2001). "Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis". BMJ, Vol. 323, No. 307, 2001. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/323/7308/307.full.pdf (consultado 28/12/2024)

Gómez del Moral, M. (2018). *El Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi: Una iniciativa para mejorar la métrica del crecimiento económico y el progreso social*. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/datos/CV10_03_1.pdf (consultado 26/11/2023)

Howard, J. (2023). "EE.UU. gasta más en atención médica, pero tiene los peores resultados de salud entre los países de altos ingresos, según un nuevo informe", *CNN,* 31 de enero, Disponible en: https://cnnespanol.cnn.com/2023/01/31/eeuu-gasta-

atencion-medica-peores-resultados-salud-paises-altos-ingresos-trax/ (consultado 13/01/2024)

Instituto Nacional de Estadística. (2021). Subdirección General de Estadísticas Sociodemográficas: *Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) Proyecto Técnico*. Disponible en: https://www.ine.es/experimental/imcv/exp_calidad_vida_multi.pdf (consultado 02/11/2023)

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Metodología de Indicadores de Calidad de Vida 2023*... Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param2=1259944522462&param4=Mostrar#top (consultado 22/10/2023)

Lago, F.P., Geri, M, Moscoso. N.S y Monterubbianes, P.D. (2022). "Gasto total en salud y resultados". *Revista Ciencias Económicas 31-No. 2, pp 101-116*. Disponible en: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12697 (consultado 08/10/2023)

López Casasnovas, G.(2005). "Análisis de los factores K del gasto sanitario español en el contexto de la OCDE: nivel y tendencia prevista". Documento de trabajo de la UPF nº 810, disponible en SSRN: https://ssrn.com/abstract=849464 (consultado 12/01/2024)

Macia, M. L. y Moncho, J. (2007). "Sistema Nacional de Salud Español. Características y Análisis". *Revista Electrónica Semestral de Enfermería, Nº 10, pp. 1-14. Administración-Gestión-Calidad*. Universidad de Alicante. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260 (consultado 05/11/2023)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016) *Determinantes económicos, recursos sanitarios, estilos de vida y años de vida saludable en España. Estudio exploratorio*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Factores_determinantes_AVS.pdf . (consultado 03/11/2023)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Los sistemas sanitarios en la Unión Europea. Características e indicadores de salud 2019*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf (consultado 01/12/2023)

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2023a). *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html#table-620613 (consultado 06/12/2023)

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2023b). *Sistema de Cuentas de Salud. Principales resultados.* Informe elaborado por María del Carmen Rodríguez Blas. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm (consultado 13/11/2023)

Mussini, M., Lara, A.M., Rosado, A.L., Sheffeld, A. y Di Giorgio, L. (2023) Lecciones *aprendidas en el marco del programa por resultados en salud en Costa Rica.* Word Bank Group.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. (2021). *Panorama de la salud 2021*. Disponible en: https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf (consultado 01/12/2023)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OECD.Stat. (2023a). Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9. Migrando actualmente a: https://data-explorer.oecd.org/ (consultado 15/11/2023)
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. (2023b). *Los 20 indicadores más populares traducidos al español.* Disponible en: https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/ (consultado 04/12/2023)
Rentería, E., y Zueras, P. (2022) "Gasto sanitario público y esperanza de vida: una inversión saludable", *Revista Perspectives Demogràfiques, nº 029: 1-4*. Disponible en: https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_029_ESP.pdf (consultado 26/09/2023)
Rodríguez Fernández, C. (2015a). *Análisis de la influencia del gasto y modelo de dirección de servicios sanitarios en la esperanza de vida*. Trabajo Fin de Grado inédito, Universidad de Cantabria, Cantabria. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8067/RODRIGUEZFERNANDEZCRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Consultado 04/01/2024)
Rodríguez Rodríguez, D. (2015b). *La relación entre esperanza de vida, desarrollo económico y medio ambiente*. Trabajo Fin de Grado inédito, Universidade da Coruña... Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16409/RodriguezRodriguez_David_TFG_2015.pdf?sequence=2 (consultado 02/10/2023)
Rodríguez Sánchez, M., Freire Seoane, M.J. y Pais Montes, C, (2017): "El efecto del gasto público sanitario y educativo en la determinación del bienestar de los países de la OCDE: un modelo con datos de panel". *Revista Cuadernos de Economía nº 41, pp. 104-118*. Universidade da Coruña. Disponible en: https://www.elsevier.es/en-revista-cuadernos-economia-329-pdf-S0210026617300262 (consultado 08/11/2023)
Romero, D.; Landmann, S. (2000). "Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamerica desde los años ochenta". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):799-814, jul-set, 2000. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26359426_Crisis_economica_y_mortalidad_infantil_en_Latinoamerica_desde_los_anos_ochenta (consultado 10/01/2024)

Schieber, G., Poullier, J., y Greenwald, L. (1993). "Health Expending, Delivery and Outcomes in OECD countries". Health Affairs, Vol. 12, No.2, Pp. 120-129, 1993. Disponible en https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.12.2.120 (consultado 04/01/2024)

Stiglitz, J.E. y Sen, A. y Fitoussi, J.P. (2008). *Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social*. Disponible en: https://www.palermo.edu/Archivos_content/2015/derecho/pobreza_multidimensional/bibliografia/Biblio_adic5.pdf (consultado 12/11/2023)
The world bank. (2023). The world bank. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups (consultado 26/10/2023)
Unión Europea. (2023). Web oficial de la Unión Europea. Disponible en: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/country-profiles_es (consultado 03/12/2023)
Valle, .V, Cortés, E., Roldán, L., Cabrera, F. y García-Hernández, J.A. (2009) "Mortalidad materna 1991–2007. Por qué mueren las madres en un hospital de tercer nivel". *Revista Clínica e Investigación en ginecología y Obstetricia. Nº 37, pp. 192-197*. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X09001981 (consultado 13/12/2023)

WorldRemit. (2023). WorldRemit. Disponible en: https://www.worldremit.com/es/blog/life-abroad/como-funciona-el-sistema-de-salud-de-estados-unidos (consultado 13/01/2024)