

RELACIÓN ENTRE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR COVID-19 EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA Y LOS RECORTES Y PRIVATIZACIONES SANITARIAS OCURRIDOS EN LA DÉCADA 2010-2020

Manuel Díaz Olalla

Gema Blasco Novalbos

Irene Valero Oteo

Madrid Salud



**XXª Jornada
Desigualdades Sociales y Salud
Cádiz**

-Jornada Virtual-

3 a 17 de noviembre de 2020

- ▶ La (mala) evolución de la COVID-19 en España no se puede entender sin contextualizarla en la década de deterioro constante de la sanidad pública que, con la excusa de la crisis de 2008, impuso la agenda neoliberal de algunos partidos políticos mediante recortes y privatizaciones de la sanidad pública (RPSP).
- ▶ La relación entre esas políticas y el impacto de la epidemia es indiscutible, pero surgen voces que pretenden situar el foco únicamente en la gestión actual de la misma, intentando distraer la atención sobre las causas fundamentales.
- ▶ Muchos líderes políticos y mediáticos, sin conocimiento alguno de epidemiología, reclaman un análisis propio de esta disciplina, “el análisis de riesgos relativos y atribuibles”, aunque siempre para señalar responsabilidades de la gestión actual (¿cuántas muertes provocó el 11-M?, ¿cuántas el retraso en implantar –o en levantar, lo mismo da y según convenga- el confinamiento?, etc), pero nunca las que se pueden imputar a los responsables de los RPSP.
- ▶ Este trabajo pretende a partir del método propuesto esbozar la fuerza de relación entre aquellas políticas y estos efectos en términos de riesgos atribuibles.

EL OBJETIVO DE ESTE ANÁLISIS ES CONOCER LA RELACIÓN ENTRE LAS POLÍTICAS DE RECORTES Y PRIVATIZACIONES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DESARROLLADAS EN ESPAÑA DESDE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD Y LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 DURANTE 2020, ASÍ COMO LA FUERZA DE LA RELACIÓN ENTRE ELLAS (MAGNITUD DEL EFECTO)

VARIABLES INDEPENDIENTES (RECORTES Y PRIVATIZACIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA -RPS)													
CCAA	PRIVATIZACIÓN	GASTO SANITARIO				CAMAS		RRHH					
	RANKING PRIVATIZACIÓN CCAA 2017 (FADSP)	GASTO sanitario POR HABITANTE (€) 2017	DIFERENCIA GASTO SANITARIO POR HABITANTE (€) 2017/2008 (*1)	Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria 2018 (%)	Gasto sanitario en AP sobre gasto sanit público total. Diferencia 2016/2010 (%)	Camas hospitalarias funcionantes /1000 hab, 2018	Camas hospitalarias funcionantes/1000 hab. Dife 2010/2018	Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas. 2018	Personal médico en atención especializada por 1000 hab. 2018	Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas. 2018	Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas. Dif 2018/2010	Personal médico en atención especializada por 1000 hab. Dif 2018/2010	Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas. Dif 2018/2010
Andalucía	13	1153	-0,0921	17,45	-2,96	2,19	-0,11	0,75	1,62	0,57	0,02	0,06	0
Aragón	14	1556	0,0866	12,67	-4,31	3,75	-0,06	0,88	2,29	0,74	0	0,15	0,03
Asturias	14	1625	0,1222	12,55	-0,26	3,4	-0,06	0,78	2,42	0,75	0,04	0,25	0,06
Baleares	20	1353	0,0755	11,9	-6,23	3	-0,11	0,62	1,99	0,5	-0,03	0,15	-0,03
Canarias	19	1334	-0,0691	13,49	0,57	3,11	-0,17	0,75	1,94	0,91	0,01	0,23	0,31
Cantabria	11	1462	0,0919	14,14	4,83	3,28	-0,12	0,8	1,89	0,77	0,03	0,19	0,11
Castilla La Mancha	12	1363	-0,0354	16,96	0,09	2,33	-0,25	0,82	1,9	0,75	0	0,01	0,02
Castilla y León	15	1514	0,0625	15,25	-1,49	3,52	-0,08	1,11	2,03	0,9	0,02	0,2	0,04
Cataluña	22	1388	0,0281	12,98	-1,4	3,88	-0,23	0,76	2,06	0,72	0,04	0,23	0,05
C. Valenciana	16	1379	0,1076	13,15	0,05	2,37	-0,09	0,76	1,88	0,62	0,04	0,23	0,04
Extremadura	10	1585	0,0407	15,75	-0,6	3,3	-0,3	0,91	1,84	0,87	0,03	0,07	0,04
Galicia	18	1443	0,0449	11,92	-0,28	3,32	-0,3	0,82	1,92	0,68	0,02	0,12	0,03
Madrid	23	1254	0,0485	11,48	-1,16	2,74	-0,22	0,68	2,23	0,49	-0,01	0,34	-0,03
Murcia	13	1540	0,0253	13,91	0,97	3,22	0,11	0,75	1,84	0,56	0,02	0,1	0,02
Navarra	16	1608	0,0821	14,45	-0,39	3,31	-0,51	0,8	2,53	0,79	0,04	-0,02	0,07
País Vasco	17	1710	0,1054	13,91	-1,11	3,23	-0,46	0,8	2,3	0,69	0,18	0,27	0,13
La Rioja	13	1420	-0,0451	14,3	1,04	3,19	0,22	0,84	1,83	0,94	-0,04	0,2	0,21
ESPAÑA	15,58	1364	0,0217	13,92	-1,21	2,98	-0,17	0,77	1,98	0,66	0,02	0,19	0,04

VARIABLES DEPENDIENTES (DE EFECTO O RESULTADO)							
CCAA	POBLACION 2019	TIA** 14 días *100.000 (4 sept/20)	TASA BRUTA DE CASOS COVID19 * 100.000 HAB	TASA BRUTA DE MORTALIDAD COVID19 * 100.000 HABITANTES	Tasa de Letalidad Total (%)	Proporción Exceso defunciones (periodo variable) (x1) (MoMo)	Tasa Bruta Exceso Mortalidad (periodo variable) *100.000
Andalucía	8.414.240	119,29	400,36	18,02	0,45	0,04	18,56
Aragón	1.319.291	289,09	2083,92	91,87	4,41	0,18	74,51
Asturias	1.022.800	51,53	342,00	32,75	9,58	0,07	34,81
Baleares	1.149.460	205,23	799,59	21,14	2,64	0,04	14,09
Canarias	2.153.389	183,99	385,53	8,31	2,16	0,01	15,37
Cantabria	581.078	214,26	784,92	38,72	4,93	0,11	35,45
Castilla La Mancha	2.032.863	207,15	1266,05	149,94	11,84	0,58	268,83
Castilla y León	2.399.548	213,46	1272,36	119,02	9,35	0,33	155,45
Cataluña	7.675.217	176,15	1498,16	75,06	5,01	0,45	148,30
C. Valenciana	5.003.769	132,78	533,80	29,54	5,53	0,07	26,78
Extremadura	1.067.710	130,65	522,89	49,64	9,49	0,19	69,12
Galicia	2.699.499	129,95	573,44	24,15	4,21	0,03	17,78
Madrid	6.663.394	473,3	2054,52	130,98	6,38	0,70	222,89
Murcia	1.493.898	171,77	469,71	10,51	2,24	0,03	13,52
Navarra	654.214	305,1	1612,16	81,93	5,08	0,18	79,18
País Vasco	2.207.776	364,71	1449,69	71,57	4,94	0,14	68,49
La Rioja	316.798	371,53	1905,63	118,06	6,20	0,38	130,05
ESPAÑA	47.026.208	216,82	1061,09	62,56	5,90	0,22	94,76
CASOS		101905,4	498710,9103	29401,60516	5,8955207		

TABLAS 1 Y 2.- VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES

FUENTES: INCLASNS Y FADSP (ESCALA PRIVATIZACIÓN 2017)
EVOLUCIÓN COVID: MSCBS Y ISCIII

MÉTODO.-

- ▶ Estudio ecológico transversal descriptivo y analítico en las CCAA del Estado español. (Avance de resultados)
- ▶ Variables Independientes: de RPSP (2010-2018). Dependientes: de incidencia y mortalidad COVID-19 (marzo a septiembre 2020) (Ver tablas 1 y 2)
- ▶ Análisis: cálculo correlaciones (R Pearson y R²) en cruces bivariados y modelos RLM
- ▶ Riesgos atribuibles: Diferencias de riesgos, Fracción atribuible (expuestos) y Riesgo atribuible poblacional, tomando a la población de las CCAA con más RPSP para cada indicador como expuesta y como no expuesta a la de las CCAA menos afectadas (clasificadas en terciles o cuartiles).

▶ ALGUNOS RESULTADOS SELECCIONADOS.-

- ▶ Se da alto **coeficiente de determinación (r² con p<0,05)** para
 - ▶ La Incidencia acumulada '14d (4 sept) con Ranking privatiz (0,11 directa)

Riesgos atribuibles

- ▶ Las 6 CCAA que menos % **gasto sanitario público dedican a AP** (<13%) vs a las 6 que más invierten (>14,25%) tuvieron una IA'14 de 269/ 100.000 frente a 160/100.000. **Un 46% de la tasa de IA'14 es atribuible al menor apoyo a la AP, lo que equivale a 220.000 casos. Un 25% de la IA nacional (216/100.000) es atribuible al bajo apoyo a la AP en esas CCAA (Madrid, Baleares, Galicia, Asturias, Aragón y Cataluña). De la misma forma lo es de un 4,85% de la Tasa de Mortalidad nacional (62,56/100.000) en todo el periodo (1.357 defunciones).**
- ▶ LAS CCAA QUE REUNEN LA MITAD DE LA POBLACION CON MENOS % GASTO AP REGISTRAN UN EXCESO DE 29.555 DEFUNCIONES VS 14.676 DE LAS QUE MÁS APOYAN. El RAP es del 22,12%, es decir si el apoyo en aquéllas hubiera sido alto se podrían haber evitado 9.800 defunciones.
- ▶ Respecto al **Personal de enfermería AP/1.000**, 2018, si las CCAA con Ratio < 0,6 (cuartil inf) hubieran mantenido ratio > 0,85 (cuartil sup) presentarían un **19,4% menos Tasa casos totales desde el inicio de la pandemia (210/100.000 menos)**
- ▶ **LAS CCAA QUE HAN DESCENDIDO LA RATIO EN 0,12 O MÁS EL Nº de CAMAS POR 1.000 HAB entre 2010 y 2018 AGRUPAN AL 54,7% DE LA POBL ESPAÑOLA Y HAN REGISTRADO 3,3 VECES MAS EXCESO DE MORTALIDAD POR COVID-19 (RR) QUE LAS QUE HAN BAJADO LA RATIO 0,11 O MENOS O LA HAN INCREMENTADO. LA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA HUBIERA REDUCIDO UN 51% SU EXCESO DE MORTALIDAD SI NO SE HUBIERAN REDUCIDO EL Nº DE CAMAS, ES DECIR 22.726 Defunciones MENOS en total.**

▶ RESULTADOS (CONT)

- ▶ LAS CCAA CON DESCENSOS DEL % DE GASTO SANITARIO A AP MAYORES DE 1,15% ENTRE 2008 Y 2017 agrupan al 58,7% de la POBL ESPAÑOLA y PRESENTAN UNA TASA DE EXCESO DE DEFUNCIONES 58/100.000 MAYOR QUE LAS QUE TIENEN REDUCCIONES MENORES O INCREMENTOS de su aportación a AP. El riesgo relativo de presentar ese exceso fue el doble y si no hubieran reducido tanto ese peso presupuestario habrían registrado una tasa de exceso 49% menor (16.000 defunciones menos).
- ▶ EL TERCIL DE CCAA con MÁS RECORTES EN GASTO SANITARIO PC ENTRE 2008 Y 2017 (Andalucía, Canarias, La Rioja Y Castilla La Mancha; CON 13 MILLONES DE HAB, Y RECORTES ENTRE -3,5% Y -9,2%) PRESENTA UNA LETALIDAD POR COVID-19 DE 6,94% FRENTE A 5,42% DE LAS CCAA QUE MENOS RECORTARON (Cantabria, País Vasco, C. Valenciana Y Asturias, CON 8.815.000 HAB E INCREMENTOS DEL GASTO DEL 9 AL 12,2% EN EL MISMO PERIODO). Significa esto que casi un 23% de la tasa de letalidad de las primeras CCAA es atribuible a los recortes, como lo es un 5% de la tasa de letalidad nacional que fue 5,9%.
- ▶ Las CCAA de Madrid, Cataluña, Baleares y Canarias ocupan los primeros puestos en privatización de la sanidad pública según escala propuesta por FADSP 2017 (*). Presentan una IA'14 un 31% superior a la del cuartil de CCAA menos privatizadas (La Rioja, Castilla La Mancha, Cantabria y Extremadura), por lo que se reduciría en 17.000 CASOS LOS 51.000 REGISTRADOS EN AQUELLAS EN LOS ULTIMOS 14 DIAS SI NO SE HUBIERA PRIVATIZADO. LA REDUCCIÓN EN EL CONJUNTO NACIONAL HUBIERA LLEGADO A UN 7,4% DE LA TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA.

CONCLUSIONES

LOS ANÁLISIS ECOLÓGICOS EN AREAS GRANDES, COMO EL PRESNETE, TIENEN MUCHAS LIMITACIONES PARA SEÑALAR RELACIONES CAUSALES AUNQUE SON VÁLIDOS PARA FORMULAR HIPÓTESIS

- ▶ Las CCAA con más privatización previa del sistema sanitario presentan de manera destacada más incidencia de COVID-19. La privatización es responsable de un 7,4% de la tasa de incidencia acumulada total.
- ▶ Un 25% de la Incidencia Acumulada nacional en los 14 días previos al 4 de septiembre (216/100.000) es atribuible al bajo apoyo a la AP en las CCAA de Madrid, Baleares, Galicia, Asturias, Aragón y Cataluña. De la misma forma lo es de un 4,85% de la Tasa de Mortalidad nacional (62,56/100.000) en todo el periodo (1.357 defunciones)
- ▶ Una mayor inversión en AP y la escasez de profesionales médicos y de enfermería en ese nivel asistencial hubiera reducido de forma sensible la mortalidad por COVID-19 en los primeros 6 meses de la epidemia.
- ▶ Al recorte en el nº de camas por habitantes en los últimos años se le puede atribuir aproximadamente la mitad del exceso de defunciones registradas hasta ahora en España desde el inicio de la crisis Sanitaria
- ▶ Un cuarto de la tasa de letalidad por COVID-19 de las CCAA con más recortes del gasto sanitario per cápita entre 2008 a 2017 son atribuibles a esos déficits de inversión sanitaria.

(*) Integra 7 variables: Porcentaje de población cubierta por Mutualidades de Funcionarios; Gasto en seguros privados per cápita (€/año); Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año); Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total; Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total; Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados y Presencia de modelos de colaboración público-privada (<https://www.fadsp.org/documents/Salud2000/151/politica%20sanitaria.%20CCAA.pdf>)

► **Muchas gracias**

diazojm@madrid.es

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.