

Las consecuencias económicas de la muerte

por Josep Pijoan-Mas
(CEMFI)

Dijo Benjamin Franklin que las únicas certezas en esta vida son los impuestos y la muerte. Pero del mismo modo que no todos pagamos los mismos impuestos, tampoco nos morimos todos igual. O para ser más precisos, no nos morimos todos a la misma edad. Y esta disparidad en la esperanza de vida entre personas puede reducir o eliminar la progresividad de algunas políticas públicas, en particular de la seguridad social. Qué debemos hacer al respecto depende en gran medida de cuáles sean las causas de esta heterogeneidad, un tema del que aun sabemos relativamente poco.

1. Relación entre nivel socio-económico y mortalidad

Desde hace años sabemos que existe una fuerte relación entre el nivel socio-económico de las personas por un lado y la salud y mortalidad por otro. En los EEUU se ha documentado bien la relación entre distintas medidas de salud y distintas medidas de renta y riqueza. Más difícil, por escasez de datos, resulta cuantificar la relación entre tasas de mortalidad y medidas de renta o riqueza (se puede hacer, aunque con problemas, a través del Health and Retirement Study (HRS) o bien a través del National Longitudinal Mortality Study). Una fuente de datos muy útil es la que proviene de los certificados de defunción en los EEUU, que recogen el nivel educativo de todos los fallecidos durante un año, además del sexo, la raza y el estado civil, pero no medidas de renta o riqueza. Y a través de ellos vemos que, según las estadísticas que publica el National Vital Statistics System, las tasas de mortalidad por edad están negativamente relacionada con el nivel educativo. Además, los blancos, las mujeres y las personas casadas también tienen menores tasas de mortalidad. Por ejemplo, en 2007 la tasa de mortalidad entre los hombres y mujeres de 55-64 años de edad con estudios universitarios fue aproximadamente la mitad de la que se dio entre los hombres y mujeres sin estudios universitarios (ver figuras 1 y 2). Para el mismo grupo de edad, y tanto para mujeres como para hombres, la tasa de mortalidad entre casados fue menos de la mitad que para solteros, divorciados y viudos, y la tasa de mortalidad entre la población blanca fue un poco más de la mitad que la de la población negra.

Figura 1: Tasas de mortalidad
(hombres, EEUU, 2007)

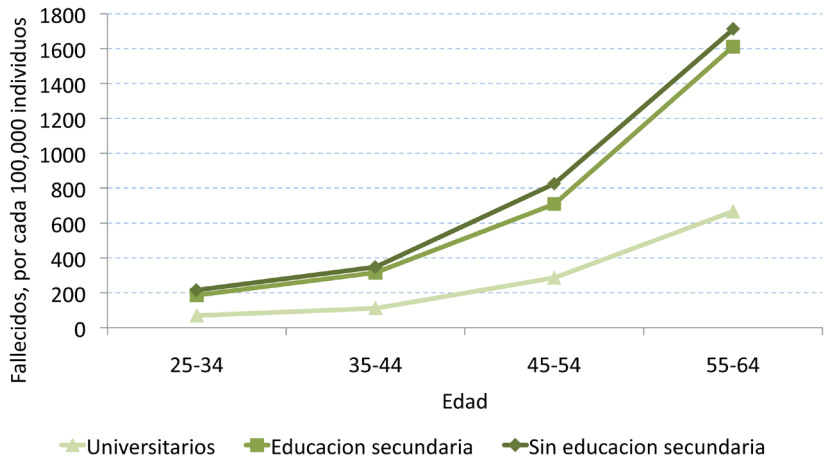
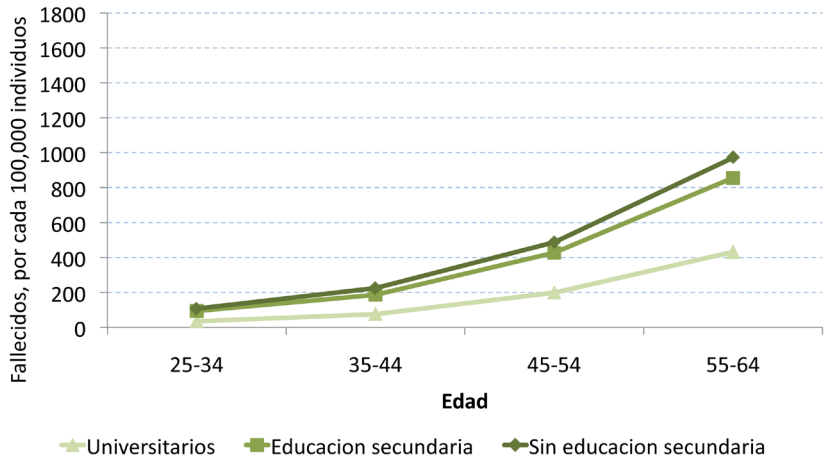


Figura 2: Tasas de mortalidad
(mujeres, EEUU, 2007)



Las tablas que publica el National Vital Statistics System no permiten desagregar las tasas de mortalidad por sexo, raza y educación a la vez. Para una mayor desagregación podemos acudir a un artículo de Jeffrey Brown, que se encarga de medir esperanzas de vida para estos subgrupos con datos del National Longitudinal Mortality Study. La desigualdad en esperanzas de vida que obtiene es enorme. La esperanza de vida a los 22 años de una mujer blanca con estudios universitarios es 17 años mayor que la de un hombre negro sin educación secundaria (figura 3). A los 67 años esta diferencia aun es muy grande: 6.8 años (figura 4). Si miramos a grupos de población más homogéneos las diferencias por educación siguen siendo importantes. Entre los hombres blancos, por ejemplo, la diferencia de esperanza de vida a los 22 años de edad entre universitarios y nivel bajo de estudios es de más de 5 años, y a los 67 años de edad la diferencia es de más de 2 años (figuras 3 y 4).

Figura 3: Esperanza de vida a los 22 años (EEUU, 1980)

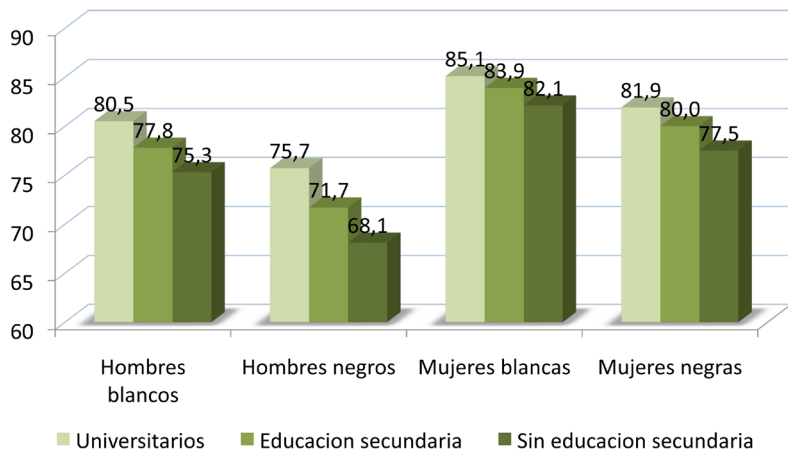
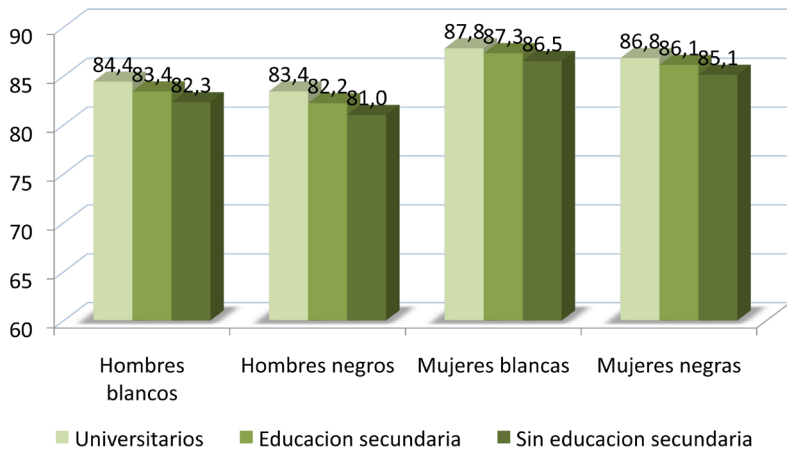


Figura 4: Esperanza de vida a los 67 años (EEUU, 1980)



2. Causas: es la renta

Una primera hipótesis para explicar la relación entre educación y salud es que las personas con distintos niveles de estudios son distintas también en sus ingresos laborales. Si la salud requiere de inversiones económicamente costosas (por ejemplo, servicios médicos), entonces es normal pensar que las personas con mayores ingresos comprarán más salud y, por lo tanto, tendrán en media menores tasas de mortalidad.

Pero aunque plausible, esta hipótesis no puede explicar toda la relación entre educación y salud. Hay muchos estudios que muestran como la relación entre educación y salud se mantiene incluso cuando comparamos individuos con ingresos laborales parecidos o con niveles de riqueza parecidos (de hecho, el mismo artículo de Grossman de 1973 que muestra la correlación entre salud y educación ya muestra cómo dicha correlación permanece cuando se controla por diferencias en renta).

Además, comportamientos nocivos para la salud como el tabaquismo o los excesos alcohólicos se dan mucho más entre personas de niveles de estudios bajos, y comportamientos positivos como ejercicio físico, buena dieta o visitas preventivas al médico, se dan mucho más

3. Causas: es el conocimiento

frecuentemente entre personas de niveles de estudios elevados. Todos estos comportamientos tienen un coste económico mínimo y por tanto no parece muy plausible que el gradiente de educación se deba a las diferencias de renta.

Una segunda hipótesis es pensar que las personas con distintos niveles educativos tienen distinto conocimiento sobre cómo producir salud. Es decir, distinto conocimiento sobre la relación entre comportamiento (por ejemplo dieta, ejercicio o visitas preventivas al médico) y salud. Esto llevaría a los individuos con mayores niveles educativos, supuestamente mejor informados, a escoger comportamientos más saludables.

Seguramente algo de esto hay, pero también hay datos interesantes que nos sugieren que dicho “conocimiento” no puede ser una gran parte de la explicación. Por ejemplo, un artículo de Kenkel en 1991 muestra que efectivamente, para una muestra de 35,000 individuos norteamericanos, los individuos con educación universitaria fuman menos, beben menos y hacen más ejercicio. A estos individuos se les pasó un test sobre los efectos nocivos del tabaco y el alcohol o los efectos positivos del ejercicio y se midió sus aciertos en las respuestas. Y el autor del artículo encuentra que la relación entre comportamiento saludable y nivel educativo se mantiene cuando se controla por el conocimiento que tienen los individuos encuestados sobre los efectos nocivos del tabaco y el alcohol o los efectos positivos del ejercicio.

4. Causas: es cualquier otra cosa que pasa en la universidad

Incluso si la renta o el conocimiento en la producción de la salud no explican la relación entre educación y salud, podríamos seguir pensando que hay algo que pasa en los años extra de educación que hace a la gente distinta y más propensa a preocuparse por su futuro. Es decir, que mayor educación causa mejor salud.

Hay cierta evidencia sobre esta causalidad. Por ejemplo Adriana Lleras-Muney (2005), muestra como los

cambios en años de escolarización obligatoria en EEUU durante el primer tercio del s. XX se corresponden con cambios en tasas de mortalidad de las personas que se vieron afectadas.

Sin embargo, un estudio muy interesante de Farrell y Fuchs (1982) nos muestra que hay motivos para pensar que la relación de causalidad de educación a salud no puede ser todo lo que hay detrás de la correlación entre estas dos variables. En dicho estudio, se muestra que la menor incidencia de tabaquismo entre los individuos con estudios universitarios no sucede solo después de ir a la universidad, sino también antes. Es decir, los jóvenes de 16 años que no fuman son mucho más propensos a ir a la universidad que aquellos que fuman.

5. Causas: heterogeneidad de preferencias

Esto último resultado nos indica que las personas que estudian más son distintas de las que estudian menos en alguna dimensión que también les lleva a comportamientos hacia la salud distintos. Si esto es así, el efecto de aumentar la tasa de universitarios de la sociedad no generará el aumento de salud general que la correlación entre educación y salud sugiere. Y esto es porque, en parte, dicha correlación no es causal de la educación a la salud sino fruto de la autoselección de las personas que cuidan más su salud a estudiar.

Pero, ¿qué diferencias entre las personas llevan a estas decisiones distintas?

Un primer candidato que algunos economistas han analizado es la paciencia. La paciencia es el peso relativo que damos a pagos futuros, comparado con pagos presentes. Cualquier decisión de inversión requiere costes presentes a cambio de beneficios futuros. Estudiar supone renunciar a ingresos laborales hoy a cambio de ingresos laborales mayores mañana. Cuidar la salud supone hacer esfuerzos hoy (dejar de fumar, ir al gimnasio, comer ensaladas) a cambio de una mayor salud en el futuro. Así, personas más pacientes invertirán más en educación y salud. En general, no es sencillo contrastar hipótesis sobre diferencias en preferencias, por lo que es difícil decir cuánto hay de cierto en esta explicación.

6. ¿Pero qué relación hay entre la heterogeneidad en mortalidad y la distribución de recursos públicos?

Para una persona vivir muchos años son buenas, malas y buenas noticias. Son buenas noticias porque en general consideramos cada año extra que vivimos como algo bueno (sobre todo comparado con la alternativa). Son malas noticias porque la extensión en la longevidad añade años en la parte del ciclo vital en que estamos fuera del mercado laboral (por lo tanto, para tener recursos para vivir en esos años necesitamos haber trabajado más o haber consumido menos en el pasado). Y finalmente, son buenas noticias porque el estado proporciona una serie de transferencias durante todos los años en que vivimos, con lo cual el problema de proveer recursos para una larga vejez está en parte resuelto, o al menos reducido.

¿Cuáles son esas transferencias? La más obvia es la pensión de jubilación, que se paga como una renta vitalicia. Pero también la sanidad pública o las ayudas de dependencia son rentas vitalicias. La idea de las transferencias públicas en forma de renta vitalicia es la de proveer un seguro contra el riesgo de longevidad excesiva, quizás mejor llamado riesgo de sobrevivir a los propios recursos. Es decir, aquellas personas que fallecen a una edad más temprana transfieren recursos a los que viven más años. Además, estas transferencias se aplican con un potente elemento redistribuidor entre personas de distintos niveles de renta. Por ejemplo, la relación entre las cotizaciones a la seguridad social y la pensión de jubilación percibida aumenta con la renta. De hecho, es por este motivo que este tipo de transferencias se perciben como pilares de la izquierda.

Sin embargo, cuando las personas se enfrentan a distintas probabilidades de morir a cada edad, las rentas vitalicias que paga el estado no son solo un seguro, sino que además transfieren recursos de individuos menos propensos a ser longevos a individuos más propensos a serlo. A la luz de los datos anteriores, sabemos que en EEUU una mujer blanca con estudios universitarios está recibiendo, en media, la pensión de jubilación durante más de 6 años que un hombre negro con nivel bajo de estudios. También es verdad que, dado su mayor nivel de ingresos, la mujer blanca con estudios universitarios

aportó más al sistema de lo que está sacando por año de jubilación. Pero 6 años de diferencia en esperanza de vida son muchos. Así que, al menos en los EEUU, la seguridad social es bastante menos redistributiva de lo que podríamos pensar.

7. España e implicaciones de política

En España, de momento, nos resulta imposible saber si las diferencias en mortalidad entre grupos de educación o renta son tan elevadas como en los EEUU. El Boletín Estadístico de Defunción no registra el nivel educativo del fallecido (aunque sí la profesión). Con los años, los datos proporcionados por el *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) nos permitirán saber algo más, aunque el pequeño tamaño de la muestra siempre será un problema para calcular diferenciales de tasas de mortalidad para distintos subgrupos. De momento, el proyecto SHARE ya muestra que para una extensa muestra de países europeos (incluyendo a España), la asociación positiva entre distintas medidas de salud y el nivel socio-económico no es una cuestión presente solo en los EEUU.

Respecto a las implicaciones de política, estos elevadísimos diferenciales de mortalidad entre razas o entre grupos educativos deberían hacernos repensar cómo medimos las desigualdades sociales. Las medidas tradicionales, basadas en diferenciales salariales, parecen poca cosa al lado de esto. Qué debe hacer el estado al respecto depende de como pensemos que se origina la relación entre longevidad y nivel socio-económico.

Referencias

1. Brown, J. (2002): “Differential Mortality and the Value of Individual Account Retirement Annuities,” NBER Chapters, en: *The Distributional Aspects of Social Security and Social Security Reform*, National Bureau of Economic Research, 401-446.
2. [Farrell, P. y V.R. Fuchs (1982): “Schooling and health”, *Journal of Health Economics*, 1, 217–230.
3. Health and Retirement Study (HRS)

4. Kenkel, D (1991): "Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling," *Journal of Political Economy*, 99(2), 287-305.
5. Lleras-Muney, A. (2005): "The relationship between education and adult mortality in the United States", *Review of Economic Studies*, 72 (1), 189-221.
6. National Vital Statistics System
7. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Publicado en Nada es Gratis los días 12 de octubre y 13 de diciembre de 2010, con los siguientes títulos: "La consecuencias económicas de la muerte" y "Desigualdad en Educación y Salud".