



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



# **EL SISTEMA SANITARIO Y DE DEPENDENCIA: SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS**

**Guillem López Casasnovas**

**Laura Pellisé Urquiza**

Octubre, 2012

*CRES-UPF Working Paper #201210-66  
Editado con la colaboración de la Obra Social "la Caixa"*



**Titulo**

**EL SISTEMA SANITARIO Y DE DEPENDENCIA: SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS**

**Autor**

**Guillem López Casasnovas**

**Laura Pellisé Urquiza**

UPF-CRES

**Texto correspondiente a la III CONFERENCIA REDE celebrada en Santiago de Compostela 16 de Octubre de 2012**

**Resumen:** El texto repasa las tendencias estructurales que procedentes de la Demografía, Tecnología y Expectativas sociales en general, se concentran en dos de los pilares más notables del Estado del bienestar como son la sanidad y los cuidados de larga duración. Sobre ellos se proyectan hoy los efectos de la crisis financiera y económica general en sus impactos sobre los sistemas de protección social. Desde estas constataciones se ofrece una perspectiva pronóstica que ofrece anotaciones para la toma de decisiones.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
II.- PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA .....	5
II.1- TENDENCIAS ESTRUCTURALES EN SANIDAD .....	5
Determinantes del gasto por el lado de la demanda .....	5
Determinantes por el lado de la oferta .....	10
Combinación de factores y proyecciones del gasto para España, como corolario	12
II.2- LOS EFECTOS DE LA CRISIS.....	15
Crisis y salud.....	15
Crisis y solvencia del sistema nacional de salud .....	17
II.3 PROGNÓISIS .....	20
En relación a la provisión: la necesaria transparencia y la conciliación de multiplicidad de intereses.....	20
En relación a la financiación del sistema: Priorización de prestaciones públicas ..	21
En conclusión .....	23
III- PRESENTE Y FUTURO EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.....	24
III.1- LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: Causas y consecuencias de sus déficits, en el contexto general de la crisis. ....	24
Algunos hechos .....	24
Algunos datos.....	25
III.2- LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: Algunas reflexiones para el ajuste y mejor apoyo de la Ley y sus posibles soluciones .....	28
Algunas consideraciones concretas para la revisión de la Ley .....	28
Reflexiones Adicionales .....	29
CUADROS ANEXOS .....	34
Descomposición de factores de crecimiento del componente público del gasto sanitario .....	34
Evolución de la financiación pública de la LAPAD y dictámenes sobre derecho a la prestación .....	35
El coste del cuidador informal .....	36
Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA .....	37
Distribución de las prestaciones .....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

Es suficientemente sabido que el envejecimiento demográfico hace variar las coordenadas básicas de la política económica en general y en la incidencia del gasto social en particular, y ello tanto en su racionalidad redistributiva intergeneracional (quien se beneficia y quien lo financia), como en su efectividad potencial a la hora de remover las causas de la desigualdad social intrageneracional (dada la heterogeneidad en la capacidad y necesidad relativa dentro de la cohorte). Ello obliga a redefinir las políticas públicas desde perspectivas diferentes a las 'verticales', propias de administraciones jerarquizadas, departamentalizadas según el organigrama administrativo (quien tiene competencia en qué), en favor de políticas más 'horizontales', coordinadas a la vista de las condiciones específicas de sus destinatarios finales, y de 'ciclo vital', de equilibrio generacional, aunque la identificación de los colectivos haga más explícitos los conflictos derivados de la asignación de recursos.

Se resumen a continuación algunos de los efectos más destacados del envejecimiento en la política económica: (i) sobre la Renta/ Patrimonio, habida cuenta de la interrelación de la inversión primero y liquidación de activos después, al final de la vida y a lo largo del ciclo vital; (ii) su incidencia sobre el balance entre el Consumo y el Ahorro; (iii) entre los distintos componentes de consumo ocio, vivienda, transporte, servicios personales.; (iv) en la composición consumo público/ consumo privado, (v) y finalmente en los equilibrios intergeneracionales de renta y en sus soportes de bienestar asociados en las distintas modalidades de la política social y su financiación (impuestos/ precios; déficit/ deuda)

Retrospectiva y agregadamente, no resulta difícil derivar de las estimaciones de gasto vinculables al envejecimiento un peso importante asociado a la edad. Pero no resulta claro si es la edad o algunas variables que a ella se correlacionan, no todas igualmente exógenas (el tipo de cuidados) o su distinta relación con la cercanía al 'exitus'. Las estimaciones de la literatura mayoritariamente se han basado en asumir que los gastos

---

<sup>1</sup> Parte de este trabajo se ha construido a partir de documentos de los autores destacando dos trabajos previos en el tema de Dependencia y Cuidados de Larga duración publicado por G.Lopez Casanovas en *Gaceta Sanitaria* Monográfico 2011 editado por J Oliva, y el texto coautorizado con J Faner para *Papeles de Economía Española*, no 129, 2011. Son también trabajos referenciables en dicho ámbito del primero de los autores: 'La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo', *Gaceta Sanitaria* no 5 vol 26 Nov Diciembre 2011; 'The Drift of Public Spending towards the Elderly: A Generational Analysis of the Trend in Spain. Cap del libro *Advances in Sociology Research*. Volume 11 Editor: Jared A. Jaworski 2011 Nova Science Publishers; 'L'impacte de l'envelliment en la política econòmica i social. 'Reflexions a propòsit de l'aplicació de la nova Llei de Cobertura de la Dependència'. *Revista Econòmica de Catalunya* n° 56. Octubre del 2007, y 'La sostenibilidad del bienestar generacional, a El Estado de Bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global *Ekonomiaz*: Gerizan Federación de Cajas de Ahorro Vasco-Navarra'; 'El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia', en *Documentación Administrativa*, n° 276-277, pps. 65-80, Sep.-Dic.2006/Enero-Abril 2007. Se ha recurrido también al documento "Repensar el estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y la OCDE" de G. López-Casanovas en *Ekonomiaz* N.º 81, 3er cuatrimestre, 2012.

específicos por grupos de edad, vinculables en un momento dado a la tecnología y al 'estado del arte' de la práctica clínica, se pueden proyectar directamente sobre la distribución futura de los perfiles de edad. Para España, Ahn et al (2003) calculan para el período 2002-2043, un incremento del 0.68% anual sobre los valores iniciales de gasto sanitario/PIB. Sin embargo, para cuidados de larga duración (CLDs), la edad sí parece importante (R Alemany et al, 2010), aunque no decisiva a la vista de las transiciones (Lopez-Casasnovas y C Nicodemo, 2012) entre grados y niveles de dependencia relativa. En efecto, para CLDs, la edad, pero también la caracterización socioeconómica, probabilidad de dependencia, tipología, coste aproximado, duración, y tipo de matriz de transición (con diferente grado de influencia de *abuso moral*) aparecen como factores relevantes, así como su respuesta; esto es, con qué respaldo financiero en cada situación (renta, patrimonio, a distintos niveles de liquidez) se afronta aquella pérdida de autonomía funcional.

Finalmente, por el lado de la financiación, los efectos dependen de la tributación afectada (menos en sus efectos intergeneracionales si IVA y consumo en general, y más si cotizaciones e imposición sobre la renta del trabajo), con un papel relevante para la imposición sobre herencias (Sucesiones) y patrimonio (separadamente del gravamen de la renta). Otros aspectos intergeneracionales a considerar desde la sociología de las familias se refieren a los efectos de doble vía, tales como la ayuda familiar (menos hijos ahora que antes para unos padres que viven más hoy que en el pasado), y de vía única, en referencia a las responsabilidades de cuidado de solteros o sin hijos.

## LOS DATOS: GASTO SANITARIO PÚBLICO Y SOCIAL 2007-12 (OCDE, 2011)

Composition of public social expenditure, in percentage of GDP, by broad category, 2007, 2010-2012 (estimates)

	2007					2010					2012				
	Public social exp % GDP	Pension	Income support to the working age	Health	Other services	Public social exp % GDP	Pension	Income support to the working age	Health	Other services	Public social exp % GDP	Pension	Income support to the working age	Health	Other services
Australia	16.0	3.4	4.0	5.7	2.9	16.6	3.4	4.1	6.1	3.0	16.1	3.4	3.9	6.2	2.7
Austria	26.4	12.3	5.3	6.6	2.1	28.9	12.2	5.8	6.9	4.0	28.1	12.2	5.9	7.0	3.1
Belgium	26.3	8.9	7.2	7.3	3.0	29.4	9.1	8.0	7.4	4.9	28.6	9.3	7.7	7.5	4.0
Canada	16.9	4.2	2.5	7.0	3.2	19.3	4.6	2.8	8.4	3.6	19.3	4.7	2.7	8.7	3.2
Chile	10.6	5.2	0.9	3.7	0.9	11.6	5.2	1.0	4.3	1.2	--	--	--	--	--
Czech Republic	18.8	7.4	4.4	5.8	1.2	20.4	6.8	4.7	5.9	3.0	20.4	6.7	4.7	6.1	3.0
Denmark	26.0	5.5	7.0	6.5	7.0	30.1	5.7	8.0	6.6	9.7	29.5	5.9	8.1	6.7	8.8
Estonia	13.0	5.2	3.1	4.0	0.7	19.7	6.0	5.7	4.1	3.9	17.3	5.9	4.9	4.2	2.4
Finland	24.9	8.3	6.0	6.1	4.6	29.1	8.8	7.2	6.2	6.9	28.0	9.2	6.9	6.3	5.5
France	28.4	12.5	4.6	7.5	3.8	31.0	13.0	5.1	7.6	5.4	29.9	13.0	4.9	7.7	4.4
Germany	25.2	10.7	4.0	7.8	2.7	27.3	10.5	4.1	8.1	4.6	25.8	10.4	3.9	8.2	3.2
Greece	21.3	11.9	2.0	5.9	1.6	23.2	11.8	2.3	6.0	3.1	23.1	12.0	2.4	6.1	2.5
Hungary	22.9	9.1	5.3	5.2	3.2	23.5	9.5	5.4	5.2	3.3	22.1	9.3	5.1	5.3	2.3
Iceland	14.6	1.9	3.7	5.7	3.2	15.8	2.6	5.0	5.2	3.0	14.0	2.3	4.4	4.7	2.6
Ireland	16.3	3.6	5.3	5.8	1.6	22.8	3.7	8.1	5.9	5.2	19.8	3.7	6.9	5.9	3.3
Israel	15.5	4.8	4.0	4.3	2.3	16.3	5.1	4.3	4.2	2.6	15.7	5.0	4.2	4.0	2.5
Italy	24.9	14.1	2.8	6.6	1.4	27.5	14.1	3.1	6.6	3.7	26.4	14.1	3.0	6.7	2.6
Korea	7.6	1.7	0.8	3.5	1.5	9.0	2.4	1.4	3.8	1.3	9.7	2.6	1.4	4.3	1.4
Luxembourg	20.6	6.5	5.7	6.4	2.1	23.5	6.5	6.6	6.5	4.0	23.6	6.6	6.5	6.6	3.9
Mexico	7.2	1.4	0.9	2.6	2.3	8.2	1.7	1.2	2.4	2.9	--	--	--	--	--
Netherlands	20.1	4.7	5.3	6.0	4.1	22.6	4.6	6.1	6.1	5.8	21.5	4.8	5.9	6.2	4.6
New Zealand	18.4	4.3	5.1	7.1	1.9	21.8	5.0	5.8	8.8	2.1	21.8	5.1	5.3	9.4	1.9
Norway	20.8	4.7	5.4	5.7	5.0	24.0	5.1	6.1	5.8	7.1	22.4	5.3	5.7	5.8	5.5
Poland	19.8	10.6	3.5	4.6	1.1	21.8	9.9	3.7	4.7	3.5	21.1	9.5	3.6	4.8	3.2
Portugal	22.5	10.8	4.0	6.6	1.1	26.1	11.2	4.7	6.7	3.4	25.4	11.3	4.8	6.8	2.5
Slovak Republic	15.7	5.9	3.5	5.2	1.1	18.2	5.7	4.2	5.4	3.0	17.0	5.6	4.0	5.5	1.9
Slovenia	20.3	9.6	3.9	5.6	1.1	23.9	9.8	4.6	5.8	3.7	23.7	10.0	4.6	5.9	3.2
Spain	21.6	8.0	5.1	6.1	2.4	26.7	8.5	6.6	6.2	5.3	25.3	8.6	6.4	6.2	4.1
Sweden	27.3	7.2	5.6	6.6	8.0	28.2	7.3	5.7	6.7	8.6	26.5	7.2	5.3	6.7	7.3
Switzerland	18.5	6.4	4.3	5.6	2.2	19.6	6.3	4.8	5.6	3.0	18.5	6.4	4.5	5.2	2.3
United Kingdom	20.5	5.4	4.5	6.8	3.8	24.4	5.4	5.5	6.9	6.5	22.9	5.5	5.3	7.0	5.1
United States	16.2	6.0	2.0	7.2	1.0	20.4	6.9	3.1	8.9	1.5	19.5	6.7	2.6	8.7	1.5
OECD	19.3	6.9	4.0	5.8	2.5	22.2	7.1	4.8	6.1	4.1	22.1	7.4	4.9	6.3	3.5

ENVEJECIMIENTO: Retrospectiva y agregadamente, no resulta difícil derivar de las estimaciones de gasto un peso explicativo importante a la edad. Pero no resulta claro si es la edad o algunas variables que a ella se asocian, no todas igualmente exógenas (el tipo de cuidados) o su distinta relación con la cercanía al ‘exitus’.

## II.- PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

### II.1- TENDENCIAS ESTRUCTURALES EN SANIDAD

Por muy variadas que puedan ser sus formas de organización sanitaria, todos los países occidentales comparten tensiones inflacionistas en el gasto sanitario. España no ha permanecido ajena, como se muestra en la tabla anterior, e incluso ha seguido un patrón que Puig-Junoy ha etiquetado de “burbuja sanitaria” (Puig-Junoy, 2011). Aventurar el efecto de la crisis sobre los sistemas pasa por revisar los componentes de ese crecimiento, cuyo origen puede observarse tanto por el lado de la demanda (factores demográficos y otros) como de la oferta de asistencia sanitaria (la innovación tecnológica). Tras revisar estos componentes de la evolución del gasto, con especial atención a los efectos demográficos y tecnológicos), ofreceremos nuestra visión sobre los efectos de la crisis sobre el sistema sanitario.

#### Determinantes del gasto por el lado de la demanda

Son varios los determinantes por el lado de la demanda. Se combinan en el proceso efectos de **morbilidad** (prevalencia) y de **mortalidad** (consumo de recursos en el entorno del período que antecede a la muerte) **relativos** (menor necesidad esperada de consumos por un mejor estado de salud) y **absolutos** (afectando a más individuos), **estáticos** (dada la tecnología existente que a menudo se proyecta) y **dinámicos** (desde tendencias temporales y puntas de consumo ante el cambio tecnológico registrado), ya sea a niveles **medios** (para los crecimientos tendenciales de población y recursos) y/o **marginales** (por encima previsiblemente de los valores medios para aquellos individuos que sobreviven cuando antes fallecían, aunque en situación más aguda o crónica a futuro); **estructurales** (tendencias poblacionales de base y de esperanza de vida) y **coyunturales** (efectos en natalidad ante ciclos sociales momentáneos). De mucha más difícil aproximación resulta la incidencia de la demografía en lo que concierne a las consecuencias en años y calidad de vida de factores tales como la evolución de los **estilos de vida** (obesidad, riesgos ambientales..) como de los **culturales** (el derecho a la muerte digna en testamentos vitales jurídicamente aceptables y fuera de entornos hospitalarios), o los estrictamente sanitarios (intervenciones en edades muy tardías, por descompensaciones de enfermedades, tratadas tanto con recursos ‘crónicos’ como agudos y quirúrgicos en particular en lugar de paliativos).

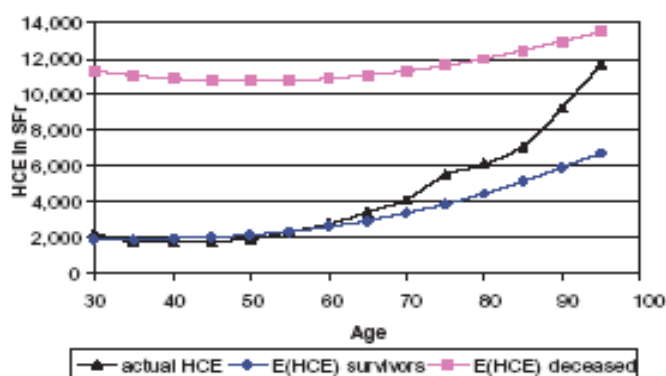
#### 1.1- El gasto y el envejecimiento

Retrospectiva y agregadamente, no resulta tan difícil derivar de las estimaciones de gasto un peso explicativo importante a la edad. Los cálculos predictivos hasta hace muy

poco consistían en separar la población menor y mayor de 65 años y aplicar a estos últimos un coeficiente multiplicador de 3.5 respecto de lo que pudiera ser el coste anual medio para el conjunto de la población. Las estimaciones que se han basado en asumir que los gastos específicos por grupos de edad, asociables en un momento dado a la tecnología y al 'estado del arte' de la práctica clínica, se pueden proyectar directamente sobre la distribución futura de los perfiles de edad. Para España, Ahn et al (2003) calculan para el período 2002-2043, un incremento del 0.68% anual sobre los valores iniciales de gasto sanitario/PIB. Sin duda, esta metodología de cálculo parecía poco plausible dado que esos puntos de corte en el gasto según la edad tenía escasa justificación, particularmente en una dinámica de compresión relativa de la morbilidad ante un incremento de esperanza de vida a año por década, y al suponer una linealidad entre gasto y edad fuera de toda lógica o intuición.

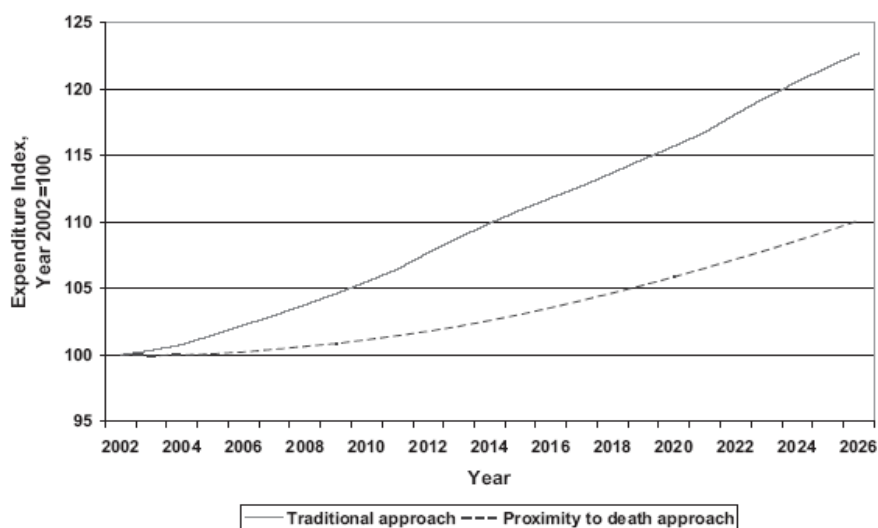
En realidad, no resulta claro si es la edad o algunas variables que a ella se asocian, no todas igualmente exógenas (el tipo de cuidados) o su distinta relación con la cercanía al 'exitus'. Un conjunto de modelos menos *naïves* que los anteriores comprueban que el factor edad pesa poco si se controla por el factor proximidad al deceso (Lubitz and Riley, 1993; Zweifel et al, 1999; Stoker et al, 2001; Seshamani and Gray, 2004; Stearns and Norton, 2004; Zweifel et al, 2004). A pesar de que esta metodología de cálculo necesita resolver ciertos problemas de multicolinealidad entre edad y proximidad a la muerte y de endogeneidad (o el reverso de la causalidad ya que el gasto sanitario en si mismo puede afectar a la supervivencia), han ido tomando fuerza.

Como muestra la figura siguiente, Zweifel et al (2004) ilustran la relación entre gasto (HCE) y año de la defunción, para poner de manifiesto la importancia de esta última sobre la edad en la determinación del gasto.



Seshamani y Gray (2004a **JHE**) por su parte, realizan un estudio longitudinal (el Oxford Linkage Longitudinal Study) entre 1993 y 1999 y muestran cómo la probabilidad de hospitalización en el último año de vida cambia del 10 al 55%. Siendo el coste de hospitalización medio (de los que ingresan) de 15.000 euros (valor de 2002). Este coste de hospitalización en la proximidad de la muerte ha sido valorado por Gómez-Sancho et al. (2002) entre 2 y 3 veces el coste de cuidados paliativos alternativos.

En una segunda generaci3n de modelos, Seshamani y Gray (2004b HE) recurren a conjunto de datos ingleses, longitudinales de 29 a1os. Utilizan m3todos m3s robustos para examinar los efectos de la edad y la proximidad a la muerte en los costos hospitalarios. Su modelo les permite concluir que la proximidad de la muerte afecta los costos de hasta 15 a1os antes de la muerte. El aumento de hasta diez veces en los costos a partir de 5 a1os antes de la muerte hasta el 3ltimo a1o de vida, eclipsa el aumento en los costos debido al aumento de individuos de entre 65 y 85 a1os. En Seshamani y Gray (2004c AA) concluye que la disminuci3n de las tasas de mortalidad espec3ficas por edad en el tiempo pospone la muerte a edades m3s avanzadas, haciendo retroceder los costos relacionados con la muerte. Cuando se incorpora al efecto de la muerte y el de un aumento en la esperanza de vida, las proyecciones de gasto dieron una tasa de crecimiento anual del 0,40%, la mitad de la tasa prevista con un m3todo tradicional en el que s3lo se tiene en cuenta el efecto del aumento de la esperanza de vida. La figura siguiente muestra esta diferencia.



Breyer y Felder (2006) realizan un ejercicio similar para Alemania, considerando todos los costes sanitarios (no s3lo los hospitalarios) para el per3odo 2002-2050: n significa na3ve; q1 modelo con expansi3n de supervivencia bajo el status de salud actual y q2 el modelo na3ve. Como muestra la tabla a continuaci3n, el modelo na3ve sobrevalora entre un 17 y un 52% los costes seg3n el a1o proyectado.



Table 1  
Age-specific expenditures of 2002 and demographic change until 2050 with and without costs of dying

Year	n-Model		q-Models				Error of the n-model (%)	
	in €	2002 = 100	q1		q2		q1	q2
			in €	2002 = 100	in €	2002 = 100		
2002	2596	100.00	2596	100.00	2596	100.00	0	0
2010	2691	103.66	2674	103.00	2642	101.77	18.0	51.7
2020	2827	108.91	2788	107.38	2745	105.73	17.2	35.7
2030	2961	114.05	2894	111.45	2798	107.78	18.5	44.7
2040	3094	119.19	3007	115.83	2885	111.11	17.6	42.1
2050	3217	123.92	3102	119.49	2959	113.96	18.5	41.6

Stearns and Norton (2004) estiman gastos sanitarios a lo largo del ciclo vital para una cohorte de individuos de edad entre 66 y 70 con un simple modelo que excluye la proximidad a la muerte y otro expansivo que controla el factor ‘time of death’. La sobreestimación es inferior al de los autores anteriores, situándose entre el 9 y el 15%.

Vemos por tanto, que desde los estudios iniciales (Zweifel y Ferrari, 1992) o algunos posteriores (Zweifel, Fólter y Meier’s 1999, sobre el “red herring”), los avances han sido notables como los referidos de Seshamani y otros (2004) o el de Shang y Goldman (2008) entre muchos otros, estimando ya de modo separado los efectos siguientes:

- (i) Los ciudadanos entran en los años finales de su vida a una edad más avanzada;
- (ii) la composición de la población cambia a favor de un mayor porcentaje de individuos en estadios cercanos al “exitus” debido al impacto coyuntural de la ola de nacimientos que en su momento representó el “baby boom”, y
- (iii) el mayor o menor uso de los servicios sanitarios en las cohortes finales, en descenso en Europa en general, tal como identifica el SHARE (*Ageing and Retirement in Europe*).

## 1.2- Traslación a la política sanitaria

A los efectos de trasladar estas conclusiones a la política sanitaria, lo esencial es que todo apunta a que el envejecimiento en sí mismo no contribuirá demasiado al crecimiento futuro del gasto sanitario per cápita. El factor “proximidad a la muerte” controlado correctamente reduce en general, en muchas estimaciones, incluso un 40% el que se atribuye de otro modo a la edad

Nótese sin embargo que estos valores predictivos, puede que no tengan tanto un alcance exógeno (deslizamiento de la estructura demográfica) como endógeno en el modo que responden los sistemas de salud a los nuevos retos asistenciales (gestión de la pluripatología, peso de las unidades paliativas versus intensivas, crónicos domiciliarios,

reconducción de la variabilidad observada, etc.), todos ellos con un efecto multiplicativo sobre la variación demográfica proyectada.

Las proyecciones comentadas pueden estar además infravalorando el efecto de la edad sobre el gasto, ya que no consideran en el cómputo las consecuencias relativas a los cuidados de larga duración y del componente socio-sanitario del gasto. Además, ignoran la presión que previsiblemente va a ejercer un votante mediano cada vez más envejecido y que empuja el gasto social para mejorar su residuo fiscal (diferencia entre las cotizaciones/ impuestos que paga y los beneficios que recibe).

En cualquier caso, en la conjunción de beneficios y costes fiscales globales, vale la pena considerar también un aspecto hasta hoy poco analizado, de cómo el aumento de la esperanza de vida, amén de presionar el gasto, puede afectar la recaudación: Los mayores es posible –tema desconocido en nuestro país- que acaben pagando más impuestos (excluidas las cotizaciones sociales, por la vía del consumo) que los más jóvenes. Para ello no es neutra la composición de sus rentas (de capital mayormente que trabajo) y la distinta fiscalidad imperante sobre los activos (depósitos, planes de pensiones, rentas inmobiliarias, valores cotizados...).

Beneficios y costes fiscales puede acabar configurando distintas mayorías (con el votante mediano como pivote) dada la aceptación de más impuestos y su incidencia (rendimientos del trabajo peor tratados que los de capital, tratamiento del ahorro, impuesto de sucesiones, costes de la dependencia, etc.) y la apropiación de los beneficios sociales. Todo ello plantea nuevas consecuencias sobre aspectos intergeneracionales de las políticas públicas, referenciadas a pie de página, más allá del puro impacto del envejecimiento en el gasto sanitario, en la advocación a la creación de una Agencia para la sostenibilidad intergeneracional del Bienestar. Dicho enfoque obliga a romper los ‘silos’ en políticas de gasto departamentalizadas en las que parece que es más importante ‘quien gasta qué’ que ‘para qué y para quien’ se realiza dicho gasto, lo que no es una tarea menor.

### **1.3- Otros determinantes por el lado de la demanda**

Si el envejecimiento no es un determinante tan importante como se tiende a pensar a primera vista, no es menos importante que el envejecimiento de la población conlleva un cambio en el tipo de demanda de asistencia sanitaria (por no mencionar social): el envejecimiento va asociado a patologías distintas (ganan peso las enfermedades crónicas versus a las agudas, las degenerativas, etc.), a la coexistencia de comorbilidades, etc.). El reto del sistema sanitario será recuperar una eficiencia frente a nuevas necesidades asistenciales no necesariamente más caras.

Con todos los matices y las ponderaciones a la variable edad como factor explicativo del gasto, además de la edad, los economistas siempre consideran que son determinantes del gasto sanitario el aumento de la renta, aspectos culturales asociados a la demanda y las aspiraciones colectivas. A nivel macro, prevalece la hipótesis de elasticidad renta superior a la unidad de Wagner (elasticidad-renta positiva en el caso del gasto social, o

sea, el aumento del mismo vinculado al desarrollo) –Engel (cómo varía el patrón público-privado en favor del componente privado en la medida en que el gasto total crece más allá de un umbral determinado) –Preston (financiación con menos participación relativa del componente público debido a su menor productividad relativa en niveles de gasto adicionales: *flat part of the curve*). A nivel micro, hipótesis de ‘no saciabilidad’ en el consumo. Así, la compra de años de vida y de mayor calidad está asociada a la mejora de renta y bienestar. Más sin regulaciones y libre elección.

No hay que perder de vista que estas relaciones conviven con una tesis según la cual gasto sanitario aparece como elemento generador de renta (causalidad reversa). Y, finalmente, no debe obviarse que existe evidencia adicional relativa a los costes impuestos a la economía por problemas de salud evitables: 4.3 puntos del PIB (2007) perdidos en España por costes de la enfermedad y accidentalidad en hipótesis de capital humano (Oliva, 2011)

### **Determinantes por el lado de la oferta**

Los economistas y otros observadores señalan a menudo el crecimiento tecnológico como fuente del crecimiento del gasto. Newhouse (1992) consideró una amplia variedad de factores que podrían razonablemente haber causado el rápido crecimiento de los gastos de atención de salud, tales como envejecimiento de la población o la expansión de seguro de salud, y llegó a la conclusión de que el crecimiento de la tecnología por sí sola, podría explicar la gran mayoría de los crecimientos de gasto. Del mismo modo Cutler (2004) con datos algo distintos, llegó a una conclusión similar, y argumentó que los avances tecnológicos han generado tanto los avances de gran alcance en la longevidad como el rápido crecimiento de los costes.

Cambio de la tecnología médica es uno de los pocos factores que potencialmente pueden explicar el crecimiento persistentemente alto en el gasto médico a través del tiempo y en muchos países (Ginsburg P., 2008). En efecto, el papel dominante de la tecnología como motor del gasto se ha convertido en un punto de encuentro en la economía de la salud (Fuchs V, 1996, Pammolli et al., 2005). La conclusión que el cambio tecnológico explica gran parte del crecimiento se basa en un enfoque macroeconómico que busca estimar la contribución de los factores conocidos para el crecimiento del gasto sanitario y supone que la mayor parte del crecimiento residual no explicado es atribuible a la tecnología. Los trabajos de Newhouse (1992 y 1993) son ejemplos bien conocidos de este enfoque. Llegó a la conclusión de que si la tecnología hubiera sido constante, los cambios demográficos, el crecimiento de los ingresos y el crecimiento del aseguramiento hubieran representado "menos de la mitad, tal vez menos de la cuarta", del incremento del gasto sanitario entre 1940 y 1990. Un número cada vez mayor de estudios empíricos han corroborado el rol asignado a la tecnología en el crecimiento del gasto sanitario, con distintas valoraciones sobre la magnitud de la importancia.

En trabajos posteriores, Smith et al. (2009), con datos más amplios y una metodología revisada, concluyen que la contribución de la tecnología por sí misma es menor que lo

que su estimación anterior sugería. Pero resaltan las interrelaciones entre tecnología, renta y cobertura aseguradora. El florecimiento de la tecnología médica desde la Segunda Guerra Mundial, según ellos, no se produjo de forma aislada sino que en un contexto de crecimiento y de apoyo a la financiación de las instituciones sanitarias, de forma que se facilitó el desarrollo de la tecnología. Estas interrelaciones no se cuantificaron pero les permitieron concluir que en un contexto de contención de la financiación, las limitaciones en el aseguramiento podrían ser la clave para la contención del desarrollo tecnológico. Conclusiones comparables alcanzaron Pammolli et al. (2011), desde metodologías y enfoques distintos, al deducir a partir de su análisis empírico para Europa que un reto inevitable consistiría en saber balancear adecuadamente sistema público y privado para la sostenibilidad de los sistemas europeos.

Concretamente, Pammolli et al. (2011) revisaron empíricamente los condicionantes del gasto sanitario en los países europeos y observaron resultados interesantes. En primer lugar, un exceso de crecimiento del deflactor de asistencia sanitaria respecto del general de la economía entre 1980 y 2007 (de 0.244 en España y, en la media de los países UE-15, de 0.286). En segundo lugar, un crecimiento de la productividad del trabajo en la asistencia sanitaria en comparación con la productividad total del trabajo (España: -0.324; UE -0.278). En tercer lugar, un crecimiento de la retribución por hora trabajada en la sanidad respecto de la media de la economía (España: -0.047; UE: -0.029).

Tomando la primera y la segunda observación, entonces el saldo resultante para Europa y de España iban en sentido opuesto (España: -0.080; UE: +0.008). Si a esto le restamos el efecto del crecimiento de la retribución por hora trabajada en la sanidad respecto al resto de la economía, los resultados son de -0.033 para España y de +0.037 para el conjunto de los 15 países UE.

Finalmente, en relación a la tecnología, otra reciente contribución seminal proviene de Chandra y Skinner (Chandra, A. y Skinner, J., 2012). Distinguen tres tipos de tecnología médica según contribución a las mejoras en salud y a los costes (tres categorías estrechamente paralelas a las de Wennberg, Fisher y Skinner (2002)). En primer lugar, un grupo de tratamientos innovadores caracterizados por una importante mejora en la salud (alta efectividad) con un bajo coste pero altamente tratamientos efectivos: antibióticos para la infección por bacteriana, o la aspirina y los beta-bloqueantes para patologías cardíacas. En este grupo de innovaciones coste-efectivas también podemos hallar innovaciones altamente productivas pero que pueden ser caras - por ejemplo, anti-retrovirales, o fármacos para el tratamiento de personas con VIH / SIDA. El límite de esta productividad media alta sin embargo que, tras una implantación inicial, sus beneficios se convierten rápidamente negativos por falta de pacientes infectados por VIH.

Una segunda categoría amplia de tecnologías médicas, incluye tratamientos y procedimientos cuyos beneficios son sustanciales para al menos algunos pacientes determinados. Sin embargo, su aplicación se extiende hasta indicaciones o pacientes para los que la tecnología no es igualmente beneficiosa, provocando que, en el

agregado, la tecnología resulte poco coste—efectiva. Los autores ponen como ejemplo de esta tecnología las intervenciones de angioplastia con *stent* en EEUU. Colocados en las 12 siguientes horas al infarto, y con ciertos condicionantes específicos, estos dispositivos pueden ser muy efectivos. Sin embargo, su aplicación extensiva ha bajado mucho la efectividad media y marginal de este tratamiento.

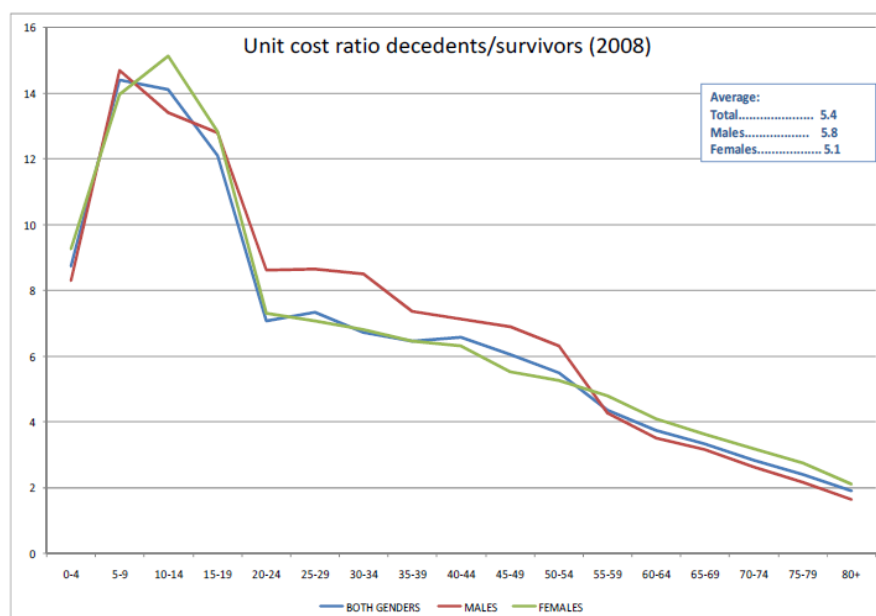
La tercera categoría de innovaciones incluye aquellos tratamientos para los que los beneficios son pequeños o hay poca evidencia científica de su valor. Esta amplia categoría incluye tratamientos para los que los ensayos aleatorizados no indican ningún beneficio (citan como ejemplo la vertebroplastia, consistente en inyectar cemento para estabilizar vértebras), así como los procedimientos cuya eficacia no ha sido evaluados, entre los cuales abundan ejemplos de decisiones relativas a la gestión de enfermedades crónicas. En pocos casos se han realizado ensayos clínicos sobre tratamientos destinados a estos pacientes.

En conclusión, gran parte de la mejora de la salud es generada por la primera categoría de tratamientos, mientras gran parte del crecimiento de los costes es generado por el tercero.

### Combinación de factores y proyecciones del gasto para España, como corolario

Como no podía ser de otra manera, de la investigación sobre la influencia de ciertos factores en el crecimiento del gasto en el pasado, se derivan modelos de proyección de gasto sanitario en el futuro. Las tablas del anexo relativas a la Descomposición de factores de crecimiento del componente público y la de resultados, ofrecen un esquema de estos trabajos.

Blanco et al. (Blanco Moreno, Á. 2012) realizan para España un esfuerzo de valoración de los componentes del gasto sanitario y proyecciones para el caso español. Concluyen que efectivamente, el proceso de la muerte es lo más determinante como factor poblacional del gasto. Como muestra la gráfica siguiente, es incluso en las edades más tempranas cuando el gasto de un fallecimiento es mayor.



Igualmente, constatada la importancia del efecto muerte sobre el gasto, realizan proyecciones del mismo según distintos modelos e hipótesis. Obtienen así, un abanico de proyecciones de gasto futuro en relación al PIB para 2060, según los cuales, el porcentaje de gasto sobre el PIB incrementaría en un 10% en el caso más optimista y en un 30% en el más pesimista.

Jaume Puig-Junoy et al. (2009) evalúan las proyecciones de gasto sanitario en sus cuatro componentes principales (hospitalario, atención primaria, farmacia y otros), y utilizando tres modelos de análisis: a) un modelo naïve, en el que los perfiles de gasto y las proyecciones demográficas sólo consideran una desagregación de la información por sexo y edad (en adelante “modelo 1”); b) un modelo ajustado por los costes de la muerte, en el que a la desagregación por sexo y edad se añade la supervivencia (o no) de los individuos (“modelo 2”); y c) un modelo que ajusta por los costes de la muerte y la inmigración, al que nos referiremos como “modelo 3”, en el que la información sobre perfiles de gasto y proyecciones demográficas se encuentra desagregada por sexo, edad, supervivencia y nacionalidad.

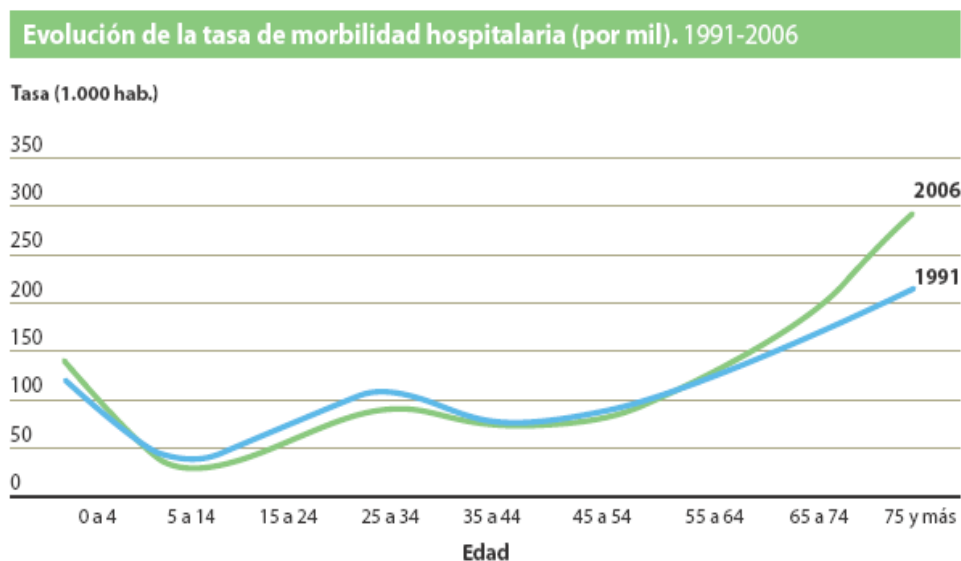
Las conclusiones más importantes son las siguientes. En primer lugar, con respecto al modelo *naïf*, los resultados obtenidos indican que el factor cobertura tiene una mayor influencia como determinante de la evolución futura del gasto total que el envejecimiento demográfico. Así, en las CCAA en las que sólo el envejecimiento juega un papel, ya que la población total no varía, las tasas proyectadas de crecimiento del gasto sanitario se sitúan por debajo del 0,7% anual; por su parte, en el caso de aquellos territorios demográficamente más dinámicos, el efecto combinado de la cobertura y el envejecimiento genera tasas de crecimiento superiores al 2% anual. En segundo lugar, aunque el ajuste por los costes de la muerte reduce la importancia del envejecimiento (“modelo 2”), dicha reducción no es tan acusada como en el caso de la atención hospitalaria, pues el gasto sanitario total, incluye otros dos componentes de gasto en los que la relevancia de dicho ajuste resulta menor (farmacia), o incluso nula (atención primaria). Según los propios autores, “este resultado nos muestra hasta qué punto la utilización de perfiles hospitalarios para ajustar por los costes de la muerte todo el gasto sanitario, procedimiento empleado en otros trabajos (Comisión Europea, 2006), puede conducir a una sobrevaloración del efecto ralentizador que sobre el gasto sanitario puede tener la menor mortalidad futura.”

Sintetizando, los resultados principales de estos estudios son los siguientes. En primer lugar, como habíamos apreciado en párrafos anteriores, el impacto demográfico global

(aumento de la población y envejecimiento) no es el elemento fundamental de cuestionamiento de la sostenibilidad del gasto en términos de PIB si se mantienen el resto de factores iguales. Esto no impide que exista una necesidad de adaptación cualitativa del sistema actual, de adaptación de la tipología de prestaciones asistenciales ofertadas en conjunción con las sociosanitarias.

En segundo lugar, el incremento del gasto sanitario por encima de la renta depende básicamente del ritmo de aumento de respuesta de los componentes endógenos, tales como las decisiones políticas, las expectativas sociales y los aspectos culturales. Ellos explicarían, por ejemplo, la medicalización social que pueda apreciarse en España a la vista de los datos de prescripción per cápita. No es tanto el elemento exógeno irremediable sino su dominio y control lo que importa.

En tercer lugar, se produce un cambio en la intensidad de los recursos y utilización de la tecnología a la asistencia. Según ciertos estudios (Gil, V. Et al. 2010), es más apreciable entre los enfermos terminales en particular. En la figura que se ofrece a continuación, se constata esa intensificación asistencial hospitalaria entre 1991 y 2006.



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2006. INE, consulta en junio de 2008.

INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006. INE, consulta en junio de 2008.

Antares Consulting S. A. © 2010

En todo caso, esta evolución de la frontera tecnológica en el área diagnóstica y terapéutica nos obligará irremediablemente a saberlas priorizar, preferiblemente según coste-efectividad, y, teniendo muy en cuenta que en la cesta de prestaciones, habrá que buscar en esa priorización, un equilibrio entre la cartera pública y el papel complementario/sustitutivo de la prestaciones privadas.

Finalmente, hay que recuperar una perspectiva. Los cambios de necesidades asistenciales no deben observarse tanto en términos estáticos como por su efecto entre



generaciones. En todo caso, enfatizan la necesidad de considerar los efectos del envejecimiento en el conjunto de los gastos sociales y no sólo sanitarios. El informe de la dirección general de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea, predice un incremento de casi 10 puntos adicionales del PIB entre 2004 y 2050 (Europeia, Comissão 2006), como muestra la tabla siguiente.

Proyecciones de variaciones del gasto público relacionado con el envejecimiento de la población entre el año 2004 y los años 2030 y 2050 <sup>1)</sup>									
(en porcentaje del PIB)									
	Pensiones		Asistencia sanitaria		Cuidados de larga duración		Total		
	Variación entre 2004 y		Variación entre 2004 y		Variación entre 2004 y		Variación entre 2004 y		
	2030	2050	2030	2050	2030	2050	2030	2050	
Bélgica	4,3	5,1	0,9	1,4	0,4	1,0	5,6	7,5	
Alemania	0,9	1,7	0,9	1,2	0,4	1,0	2,2	3,9	
Grecia <sup>2) 3)</sup>			0,8	1,7			0,8	1,7	
España	3,3	7,1	1,2	2,2	0,0	0,2	4,5	9,5	
Francia <sup>3)</sup>	1,5	2,0	1,2	1,8			2,7	3,8	
Irlanda	3,1	6,4	1,2	2,0	0,1	0,6	4,4	9,0	
Italia	0,8	0,4	0,9	1,3	0,2	0,7	1,9	2,4	
Luxemburgo	5,0	7,4	0,8	1,2	0,2	0,6	6,0	9,2	
Países Bajos	2,9	3,5	1,0	1,3	0,3	0,6	4,2	5,4	
Austria	0,6	-1,2	1,0	1,6	0,0	0,0	1,6	0,4	
Portugal <sup>3)</sup>	4,9	9,7	-0,1	0,5			4,8	10,2	
Finlandia	3,3	3,1	1,1	1,4	1,2	1,8	5,6	6,3	
Zona del euro	1,6	2,6	1,0	1,5	0,2	0,5	2,8	4,6	

Fuente: EPC and European Commission (2006). *The impact of ageing on public expenditure*. European Economy Special Report 1/2006.  
 Notas: Estas cifras se refieren a las proyecciones de referencia relativas al gasto de seguridad social en el capítulo de pensiones. Para la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración, las proyecciones se refieren a los «escenarios de referencia del Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento».  
 1) El cuadro no incluye las proyecciones de gasto en educación y de prestaciones por desempleo, que figuran en el informe original.  
 2) El gasto total de Grecia no incluye el gasto en pensiones.  
 3) El total de Grecia, Francia y Portugal no incluye los cuidados de larga duración.

En este mismo sentido, el Center for Strategic International Studies (England, R. 2002) ya valoró que los beneficios sociales de los mayores de 65 sobre el PIB pasarían de representar un 12% del PIB en el año 2000, a representar un 33% del mismo en el año 2040. Como referente, señalemos que Italia pasaba para los mismo años de un 17% a un 26%, el Reino Unido del 12% al 18%, Francia, del 16% al 29%, y Alemania, del 15% al 25%.

## II.2- LOS EFECTOS DE LA CRISIS

A pesar de estas inercias sobre el gasto sanitario y social, la irrupción de la crisis ha supuesto una limitación importante sobre el gasto público y, consecuentemente, en el sistema sanitario. Veremos en primer lugar qué se sabe de la relación entre crisis y salud, y, en segundo lugar, entre la crisis y nuestro sistema sanitario, para acabar deduciendo un panorama en nuestro país en relación a la salud y el sistema sanitario.

### Crisis y salud

La crisis actual, se caracteriza por una brecha de producción y de ingresos en los países europeos, con importantes desequilibrios fiscales y recortes de gastos, desempleo e inseguridad laboral, pobreza y deterioro de la protección social. Y todo ello, especialmente concentrado en el grupo de países periféricos de la Unión Europea. Para ser precisos, países como España están alcanzando los 6 millones de parados, con tasas de más del 50% entre los más jóvenes.



En cuanto a la relación concreta entre el desempleo y la salud, la evidencia sugiere que las diferencias notables entre los efectos de corto y largo plazo del desempleo y una alta variación de estos impactos en los países de acuerdo con factores idiosincrásicos. Para una precisa comparación, es necesario recurrir a datos administrativos y / o contabilidad completa que refleje la heterogeneidad individual. Esto no es fácil. Si intentamos valorar la pérdida de salud en términos de las tasas de mortalidad, su impacto puede diferir demasiado cuando nos salimos del empleo al desempleo (que refleja la duración), dada la evidencia existente de aumentar el empleo y el trabajo estresante, sobre todo, teniendo en cuenta la forma en que la reducción de ingresos afecta a los individuos y a sus posibles adicciones, sobre la mortalidad (López-Casasnovas, 2011).

Una de las conclusiones de la Comisión sobre “Determinantes de salud y desigualdades en salud de la OMS” (WHO, 2012) es que la pobreza está relacionada con una mayor mortalidad, en general. Es más, hay que tener especial cuidado cuando el sistema sanitario es público y su financiación tiene un grado de progresividad a priori.

Pero no todas las crisis son iguales ni tienen los mismos efectos sobre la salud. En teoría, cabría esperar, por un lado, que el desempleo esté vinculado a mala salud y al aumento de las tasas de mortalidad, especialmente debido a patologías cardíacas y a suicidio (Jagger et al., 2008). Por otro lado, el impacto de la crisis sobre el empleo podría ser más duro para trabajadores con mayor precariedad laboral y menor nivel de educación. Complementos de formación durante la crisis podrían en podrían, en tal caso, interpretarse como una externalidad positiva de la crisis.

El análisis empírico brinda sin embargo distintas conclusiones. En algunos países el desempleo no ha implicado efectos negativos sobre la salud. Por ejemplo, se han hallado efectos positivos en Finlandia, que se atribuye principalmente a la potente protección social (Hintikka et al, 1999;. Valkonen et al, 2000.). Resultados similares, teniendo en cuenta el impacto del desempleo sobre los cambios en el estilo de vida, pueden observarse en EE.UU a corto plazo (Deaton A. y C. Paxson, 1998, y Ruhm 2004). Una conclusión similar alcanzan algunos estudios en España, gracias a la agrupación de los ingresos familiares y el capital social en general (Alaya et al., 2010).

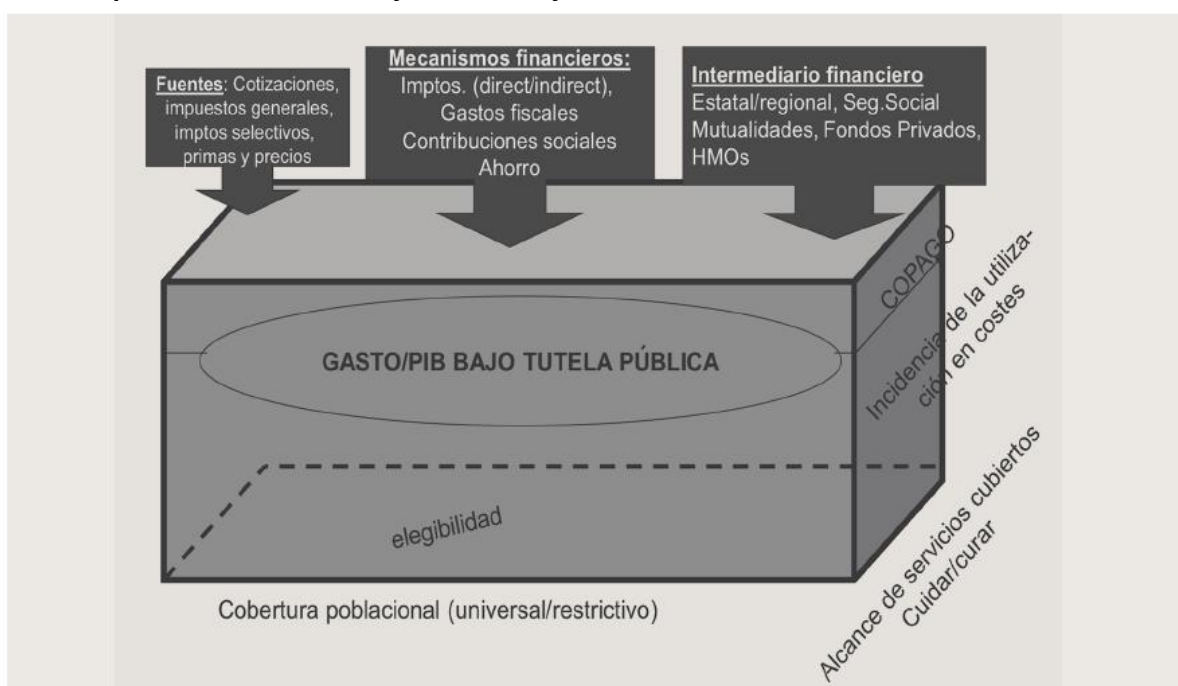
Por el lado de experiencias negativas, es bien conocido el impacto negativo en la salud asociado a la desintegración de la antigua Federación de Rusia, impacto que se atribuye principalmente a la falta de capital social. Igualmente, junto a los efectos positivos a corto plazo antes mencionados para el caso de EE.UU, algunos autores observan efectos negativos a largo plazo sobre la mortalidad (Sullivan y Wachter, 2009).

Las relaciones entre crisis y salud son complejas, por su componente multifactorial y por el elemento tiempo, tal y como describen González López-Valcárcel et al. (en González López-Valcárcel, B. 2012 y Dávila Quintana, C. 2009) y en López-Casasnovas, G. 2011.

### Crisis y solvencia del sistema nacional de salud

En los contextos de crisis, con restricciones de gasto público y limitaciones en la recaudación, un modo ilustrativo de «formatear» las opciones de políticas públicas que mejor puedan garantizar no sólo la sostenibilidad de la protección social, sino también su solvencia, pasa por la identificación de tres ejes (López-Casasnovas, G. 2012): (1) el eje del alcance de la cobertura poblacional en el vector universal-restrictivo asociable a la prueba de medios; (2) el eje del contenido de las prestaciones y servicios cubiertos (el lado de la oferta o catálogo público de servicios) y (3) el eje de los efectos del plano de la «elegibilidad» (quién tiene derecho y a qué) en la utilización de los servicios y así en los impactos de costes unitarios y presupuestos globales (gráfico siguiente).

#### Representación de los ejes de la “caja de asistencia sanitaria”:



Fuente: modificado de Busse R. et al. HNP «Analysing changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries» (febrero, 2007)

#### 1. Eje de cobertura poblaciones

En el primer eje, la fiscalización en la cobertura mediante la prueba de medios tiene algunas contradicciones ya que discriminar según capacidad de pago cuando la financiación es progresiva en renta (y no dual) se entiende mal entre la población, particularmente si afecta al núcleo duro de la prestación (dependencia grave, enfermedades crónicas, situaciones catastróficas), y no tanto quizás, si afecta al eje de acceso a prestaciones de contenido más utilitarista (servicios hoteleros en unidades de larga duración, segundas opiniones en servicios sanitarios o acciones educativas complementarias).

## 2. Eje de la oferta

En el eje segundo de la oferta, la solución no puede ser otra que la prioridad con criterios de coste efectividad, ceñida ésta a servicios y prestaciones y tras el velo de quienes pueden ser los colectivos afectados. En efecto, la discriminación que identifica grupos de población tiene difícil encaje social y fácilmente puede quebrar la cohesión comunitaria; aunque ciertamente tras el velo de las prestaciones y sus indicaciones se puedan identificar colectivos. Ordenar la oferta por coste efectividad supone en todo caso un concepto de coste que tenga sentido amplio (no sólo el presupuestario de una administración, sino también el trasladado obligatoriamente a la sociedad) y una evaluación de resultados (impactos en salud, en calidad de vida, en reducción de pobreza o desigualdad) que integre los efectos de los ajustes de las diversas administraciones y entes, hoy pragmáticos en el qué y el quién del gasto, para centrarlos en el cómo, para qué, y con qué resultados .

## 3. Eje de la elegibilidad

Finalmente, el tercer vector desarrolla sus potencialidades para aquellos sistemas de protección social que mantienen un acceso a servicios sociales muy amplios, de los que hay dudas de su efectividad relativa más que preocupación por su coste, al trasladar parte de éste a los usuarios en forma de copagos.

Destacamos a este respecto la doble función de los precios en los servicios públicos como elementos de recaudación –ingresos públicos para los que contribuye el usuario más allá de lo que lo ha hecho el contribuyente con sus impuestos– para una mayor financiación de los propios servicios públicos (tasas académicas en universidades, precios de referencia en medicamentos, etc.); y como instrumentos moderadores, señalizadores de consumos innecesarios, que se valoren no por su capacidad recaudatoria sino por su incidencia en la reducción de gastos. Su naturaleza, por tanto, es bien distinta aún actuando ambas modalidades en nuestro tercer eje, por el lado de la demanda. En el primer caso debiera de afectar a una demanda inelástica y formularse diversificadamente: múltiples copagos y de baja intensidad que no reduzcan consumo ya que ello afectaría a la recaudación. En el segundo se trata de identificar (aquí la contribución técnica sanitaria, educativa y social en general rebasa la estrictamente económica) aquellos componentes más elásticos de la demanda, juzgándose su éxito por una recaudación nula, esto es plenamente reductora del gasto previamente valorado como innecesario. Sólo después de identificar una u otra opción cabría pensar en analizar aspectos colaterales de cada uno de ellos en términos de afectación a rentas (copagos limitados, con exenciones, cláusulas de máximos, requerimientos asociados a becas y otras modalidades de subvenciones o seguimiento de flujos regulados considerados como óptimos desde el punto de vista social).

Establecer prioridades bien sea por eficacia relativa o bien sea por coste-eficacia, en el conjunto de las actuaciones públicas, es una tarea harto compleja. Lo es para el político ya que la sociedad siempre la interpreta como discriminación negativa. Sus beneficiarios se acogen a derechos finalmente reconocidos y los potenciales como expectantes postergados se movilizan en su contra. Priorizar el gasto público es arduo también, al

exigirle una actuación proactiva en la identificación de la necesidad relativa y la efectividad del servicio prestado. Se trata de concretar la demanda «necesaria», lo que sobrepasa la utilización que aflora en un universalismo de barra libre, identificando la demanda latente y realmente «necesaria» que no aflora en solicitud de servicios por algún que otro condicionante de acceso que no se considera responsabilidad del gestor. La igualdad de acceso es siempre más cómoda para el prestador y el universalismo siempre es más agradecido para el político. Pero ambos comportamientos incluyen una efectividad mayor en los impactos sociales redistributivos.

Combinando el segundo y tercer eje, podemos diferenciar dos orientaciones. La primera sería la propia de los “sistemas de aseguramiento social” (SAS) caracterizados por una cobertura amplia, con un gran abanico de prestaciones y unas aportaciones privadas de usuarios complementarias canalizadas a través del propio sistema público. Por otro lado, estaría el llamado prototipo “Servicio Nacional de Salud” (NHS en sus siglas en inglés), que limita, concentra, raciona, prioriza y elude en general copagos en el sistema público, pero si pagos directos del cien por cien en el sistema privado del que se acompaña.

Se trata en realidad de dos opciones completamente diferenciadas. En el último caso, lo que entra se decide según prueba de coste efectividad, según coste por año de vida ganado ajustado por calidad, y una limitación según el punto de corte económico que permite la decisión política previa de cuanta financiación debe ser asignada al servicio nacional de salud. El coste es el coste del sistema. En un sistema de aseguramiento social, sin embargo, el menor racionamiento, a menudo cero listas de espera, mayor elección, etc, para evitar la incidencia que ello vaya a tener en unos costes de utilización prohibitivos, en buena parte de su acceso concreto la decisión se apareja de un copago, con lo que el coste se comparte entre usuario y contribuyente. En el punto óptimo, un copago diferente según la efectividad relativa de la prestación, y por supuesto, su efectividad. El coste es el coste total y no sólo la aportación pública.

Por tanto, todo sistema nacional de salud que ancle su gasto a partir de la financiación disponible, ya que los costes son los del sistema, ha de priorizar, ya sea con tijeras de podar y reglas supinas (lo viejo permanece y lo nuevo se cuestiona) o si se quiere y se sabe, con bisturí para cirugía fina (coste efectividad incremental, según años de vida ajustados por calidad). Y lo efectivo, aunque de coste no asumible en el momento, a copago del cien por cien (que es lo que supone la exclusión de catálogo público).

En sistemas de aseguramiento social los catálogos son mucho más ‘amables’, entra casi todo, pero luego, para que este terreno de elegibilidad tan laxa no lleve a una utilización excesiva (todos queremos mejores servicios, segundas opiniones y balneario incluido para el cuidado de cuidadores, etc.), los costes se comparten, lo que en parte frena algo la demanda y en cualquier caso complementa la financiación.

De modo que, en resumen, la racionalización en un sistema de aseguramiento social procede mayormente del lado de la demanda, porque del lado de la oferta entra casi todo. Mientras que en un servicio nacional de salud el racionamiento procede sobre

todo del lado de la oferta; lo que no entra no queda prohibido, pero es trasladado a la esfera privada al cien por cien.

### II.3 PROGNÓISIS

#### **En relación a la provisión: la necesaria transparencia y la conciliación de multiplicidad de intereses**

En la discusión de anclar mejor el gasto o incrementar la financiación hace falta una premisa básica de entrada. Sea la que sea la alternativa adoptada, tanto desde la economía de la salud como de la gestión del gasto sanitario, se requiere buena y transparente gestión: desde la planificación –contra el despilfarro, las duplicidades- y ordenar la provisión, frente a la baja productividad asistencial, el absentismo profesional o el relajo en el gestor-‘conseguidor’ político. No queremos decir que esta impronta sea la prevalente hoy en nuestro sistema de salud, pero en cualquier caso se ha de evitar incluso su apariencia. Para poder realizar de manera correcta este trabajo se requiere que las estructuras organizativas, sea cual sea la forma de provisión de servicios de la que estemos hablando (producción propia, concertada, con concesiones o partenariados), puedan resolver de modo coherente sus sistemas de planificación, de información, financiación y el control. De modo que cada agente al servicio de la mejor salud poblacional sepa lo que tiene que hacer dentro del conjunto, con un sistema de información que permita el seguimiento de los procesos, una financiación que compense las consecuencias y un sistema de control que retroalimente la propia misión de la organización.

Los mayores problemas organizativos de la asistencia sanitaria radican en la multiplicidad de intereses presentes: los ciudadanos o contribuyentes; los usuarios o pacientes; los profesionales, con distintos grados de conocimiento; los gestores, con responsabilidades a nivel mezo de la organización; los políticos, consejeros del ramo; los políticos del departamento de economía y finanzas; y los grupos empresariales que conforman la prestación de los servicios. Cada uno de ellos, en el margen, hace prevalecer su mayor interés particular: para los ciudadanos, “good value for money”; para los usuarios, todo lo que se necesite en el punto de acceso por la necesidad emergida; para los profesionales, retribuciones monetarias y satisfacción de motivaciones intrínsecas; Para los gestores, dentro del presupuesto, acomodar los diferentes intereses; para los políticos corporativos, la valoración social, soporte político desde parámetros sanitarios; para los políticos y los contribuyentes, una valoración social, apoyo a favor de parámetros diferentes a los sanitarios; finalmente, para la industria, los propios del negocio.

Es imprescindible caminar hacia nuevas estructuras de gobierno. Esto quiere decir que, conscientes de la incertidumbre y de la dificultad en alinear incentivos, hay que buscar fórmulas que internalicen la solución de los conflictos de intereses potenciales, unas

formas de gobernanza más coherentes entre la gestión clínica requerida y las envolventes financieras necesarias.

En efecto, en primer lugar, hay que ‘extraer’ las externalidades (sociales positivas), ‘administrándolas’ desde la gobernanza pública, y ‘gestionar’ separadamente los conflictos internos. Esto implica internalizar los conflictos, establecer los ‘*buffers*’ institucionales apropiados en cada caso a partir de la asignación correcta de roles y funciones sanitarias. En segundo lugar, hay que alinear en la mayor medida posible la resolución de los segundos en una misma dirección que aproxime los objetivos de la gobernanza pública. En tercer lugar, hay que abrir márgenes entre el “*assessment*” y el “*appraisal*”, favoreciendo así la asunción responsabilidades individuales y la asunción de riesgos y un estatus más acorde con su capacidad inductora de demanda y autonomía clínica pretendida.

Es relevante insistir en este rol de los profesionales. Sin su involucración, un sistema sanitario público vive permanentemente tensionado. Un sistema público administrado requiere una función pública de interés del contribuyente ciudadano, más allá del paciente-usuario. Para ello, sin un rol ético profesional prevalente, hace falta redefinir los incentivos a la eficiencia. Con esta premisa, una primera recomendación sería recuperar el concepto de la separación de roles entre financiador y proveedor: poner tierra por medio entre financiador y provisión, trasladando el riesgo del primero al segundo oportunamente. De esta forma, se interiorizan los costes de oportunidad aunque no se expliciten (mejor sería sin duda la explicitación democrática pero...).

En segundo lugar, sería recomendable separar propiedades (*holdings* de los dispositivos asistenciales públicos) de las sociedades de gestión, explicitando los costes de capital cedido. Y, en tercer lugar, hay que establecer los mecanismos de premio y castigo a los proveedores que sean coherentes con los intereses de la sociedad, la mejora de la salud. En resumen, dada la situación actual, con límites estrictos en la financiación pública, que ineludiblemente pasan por minimizar costes unitarios que difícilmente puede el político conseguir por la vía de las productividades, y donde no queremos pisar la autonomía del proveedor, llegamos a recomendar organizaciones asistenciales de profesionales autogobernadas, a las que se traslada el riesgo mediante un pago por población asignada.

Posiblemente, no exista una sola fórmula de gestión y organización que supere a todas las demás. Favorecer la diversidad y evaluar los experimentos es enriquecedor. La descentralización de primer y segundo nivel es un posible medio para este enriquecimiento mutuo. No debería considerarse un problema.

### **En relación a la financiación del sistema: Priorización de prestaciones públicas**

Una pieza importante del puzzle de cualquier reforma tiene que ver con el alcance de la acción protectora pública. Si refundáramos el sistema de protección social, la cobertura pública debiera de centrarse en aquellas contingencias de probabilidad de ocurrencia baja, y por tanto, no autoasegurables por parte de un buen ‘padre de familia’ y que



además, en caso de acontecer, sus consecuencias financieras fuesen catastróficas. El mundo al revés es lo que ahora tenemos: los resfriados están con antibióticos excesivamente cubiertos y el Alzheimer o algunos tratamientos oncológicos muestran deficiencias notables. En cualquier caso, como no tiene sentido repensar las cosas desde cero, mejor hacerlo marginalmente, desde la situación actual, para enderezarla poco a poco hacia una situación más racional.

Hemos visualizado el gasto que debería ‘sostener’ la financiación pública como el resultado de tres dimensiones moldeables. Sobre todo ello se tiene que tomar decisiones en España en aras a anclar el gasto y dotar de solvencia al sistema. Si se desea favorecer la arquitectura NHS cabía urgentemente una agencia de coste efectividad, y a su vez ganar la convicción ciudadana de que el racionamiento es bien común, y conseguir la complicidad de medios y de políticos para que no hagan astillas continuamente de las consecuencias del racionamiento. Y si quería la generosidad de más y mejores prestaciones, nueva tecnología, calidad hotelera, etc. ofreciendo siempre lo posible en cada momento en el binomio curar/ cuidar, cabría proponer que no toda la presión de crecimiento de gasto sanitario total pivotara sobre la financiación impositiva. O un táctica de anclar el gasto, o de sostener los ingresos públicos donde ya no llegue la imposición por la vía de las tasas (lo que quiere decir copagos).

No habiendo más opción, éstas son ciertamente algunas de las medidas adoptadas en España, mediante el Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

El Decreto 16/2012 redefine el primero de los ejes de nuestra caja, transformando el sistema universal en un sistema que proporciona “garantía de asistencia a aquellas personas que ostentan condición de asegurado”, interpretable como un inesperado viraje hacia un sistema contributivo de apariencia, sobre una base más propia de un sistema de aseguramiento social, cuya interpretación benevolente podría en todo caso hallarse en una intención de ordenar y acotar la definición de la condición de beneficiario del sistema, y favorecer así la operatividad de mecanismos de facturación de servicios a terceros.

Igualmente el Decreto redefine el segundo de los ejes, al redefinir la cartera de servicios, distinguiendo una básica (cuyas prestaciones vienen cubiertas al 100%), una común suplementaria en dispensación ambulatoria (farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte no urgente), una común de servicios accesorios (no esenciales), sin cobertura pública garantizada, y una cartera complementaria de las CCAA condicionada a la demostración previa de suficiencia financiera previa. A pesar de que a priori los criterios de inclusión en las carteras debería regirse por criterios de eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como de la existencia de otras alternativas y del impacto económico y organizativo. Todo ello, mediante una supuesta Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Por ahora, se ha desarrollado un RD de desfinanciación de medicamentos (Consejo Interterritorial de 26 de julio de 2012) y se han excluido prestaciones accesorias, pero no

se ha especificado ni expuesto ningún estudio sobre el que se haya tomado la decisión que incluya alguna de las variables antes citadas.

Se han tomado igualmente medidas de copago, a nivel farmacéutico. Pese a lo limitado de la medida, supone un punto de inflexión en la política sanitaria. Por primera vez se extiende un copago entre los pensionistas (hasta entonces, privilegio de los funcionarios adscritos a las mutualidades del Estado. El copago refleja un intento de cierta progresividad según la renta, pero recurre a mecanismos de dudosa operatividad (por requerir datos hasta ahora no vinculados a las tarjetas sanitarias), por establecer unos mecanismos de garantía de devolución de los importes pagados por aquellos que sobrepasen los límites del copago cuanto menos mejorables.

Aunque no se dispone de información ni perspectiva suficiente para valorar el impacto de dichas medidas, los primeros datos son vertiginosos: por ejemplo, en Cataluña, el gasto farmacéutico en 2012 ha bajado 14,27%, el doble del año pasado. El gasto total fue de 1.450 millones de euros, el descenso en los precios de 8,2% y 6,5% en las recetas. Las razones de dicha caída son probablemente la introducción de copagos, la reducción de los precios y los beneficios, y los cambios en la prescripción. Todavía no se conoce la magnitud del impacto de cada factor. Tampoco se conoce qué parte de esta rebaja está relacionada con un cambio indeseable en las pautas de compra. Al no estar el sistema de exclusión y copagos relacionados con la efectividad de la medicación, podría ocurrir que el efecto disuasorio redunde en un abandono de tratamientos cuya efectividad está demostrada y en un incremento de otras partidas asistenciales, convirtiendo ese ahorro en mayor gasto (por ejemplo, si afecta al cumplimiento de tratamiento hipertensivos que derivan en patologías agudas cardíacas evitables con medicación) y peor salud. Y es que, como siempre se ha dicho, un copago disuasorio debería diseñarse con criterios médicos, técnicos, según la efectividad de la medicación en cuestión.

### **En conclusión**

- 1- Importa el gasto total en salud. El anclaje del gasto sanitario público lleva inevitablemente a pensar en una ampliación de los esquemas privados. Hay que encontrar el equilibrio adecuado entre la solidaridad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. En todo caso, los criterios de coste-efectividad deben figurar en la primera fila de los mecanismos de selección de cobertura pública.
- 2- Abrir más financiación privada para el sistema, preferentemente coordinada con la pública, para la sostenibilidad conjunta del sistema. El gasto sanitario total sin duda está abocado a crecer, y difícilmente podrá, ni tiene lógica que lo haga, *pari passu*, afrontar la financiación impositiva de dicho gasto.
- 3- A nivel organizativo, la integración vertical virtual y modulable es la base para mantener los sistemas orientados a resultados en salud. La contratación de servicios asistenciales debe reorientarse hacia la obtención de resultados: pagar por “conseguir” y no por hacer más.



- 4- Hay que repensar el sector sanitario (público y privado) desde el conjunto del sistema de salud, del gasto social, desde la perspectiva longitudinal, intergeneracional y de la economía en general. El envejecimiento es un hecho que, aunque no implique el crecimiento de gasto que modelos “naïve” pretendían, tiene una proyección importante en el componente del gasto sanitario (por la cronicidad de las enfermedades), por su trascendencia en otras partidas de gasto/ingresos y por su componente intergeneracional.

### **III- PRESENTE Y FUTURO EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA.**

#### **III.1- LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: Causas y consecuencias de sus déficits, en el contexto general de la crisis.**

Valga esta pequeña introducción para concretar de qué estamos hablando refiriéndonos a la situación actual: 1,500,000 dependientes, 725,000 beneficiarios y 932,000 prestaciones y prácticamente doblado el nivel de gasto previo (entre el 0.7 y 0.8 por ciento del PIB). A futuro, una cobertura pendiente de 0.5% del PIB (del 0.8 al 1.3 (? previsión), aún reconociendo que no es tema de niveles (el desfase observado) sino de tasa de crecimiento (encajar nuevos aumentos de gasto y presión fiscal) sostenible y solvente ante una economía que no crece, sin la aceptación social de asumir los incrementos de la fiscalidad correspondiente. Todo ello se expresa hoy en la dureza de unos recortes que frustran definitivamente expectativas de derechos ciudadanos y de prestadores de servicios con importantes costes incurridos en suministrar prestaciones que no cuentan hoy con financiación.

#### **Algunos hechos**

Ley 39/2006 de Autonomía funcional y dependencia. Previsiones y retrasos en el despliegue de la Ley: a) disfunciones de responsabilidades poco claras entre administraciones; b) insuficiencias financieras en el reparto de aportaciones; c) deficiencias gestoras; d) expectativas frustradas de modo retroactivo; y e) escasos incentivos a la prevención de la autonomía. De todo ello se produce un freno final con las medidas aprobadas en el 2012 (13-07-2012), con la desaparición de los niveles y un retraso no retrospectivo de implementación de la Ley de dos años (con un ahorro previsto de unos 5.000 M €). Por lo demás, se busca refocalizar la prestación en especie, reduciendo en un 15% los 400€ de compensación del cuidador del hogar (180 mil de 430 mil prestaciones económicas en vigor) y se elimina su cotización social con cargo al Estado. Se establece la financiación autonómica deberá primar el coste de las prestaciones en especie gradualmente en cinco años, determinando para dichos servicios precios de referencia: de residencia (1.100 a 1.600€ mensuales; 1540 a 2.240 según discapacidad); en el hogar (14€ hora para atención personal; 9 para tareas

domésticas) y en centros de día (650€ mensuales, incrementados un 25% si atención especializada). Finalmente se identifica a efectos de copagos el IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples), considerado al 100% (no 75% como antes), pero se añade en su cómputo el 5% del valor catastral del que pueda disponer el usuario. Sin embargo, no se establece mecanismo alguno para la redención futura de dichos servicios contra patrimonio (imputados a coste sombra) ni se afecta a la financiación la recaudación del impuesto de Sucesiones.

Más allá de la reacción financiera de freno y recorte, la de Dependencia es una Ley que en cualquier caso hace falta re-temporizar: No acertaron los legisladores ni responsables de la Memoria Económica que acompaña la ley ni en el *timing* de financiación, ni en su orientación a servicios ni en su capacidad de creación de empleo y así autosostenimiento a partir de la recaudación tributaria por el filón de hémelos que se debían de crear.

Pero es que además nace fuera de tiempo social, bajo parámetros culturales y filosóficos en cierto modo distintos a los hoy prevalentes (en los incentivos al ahorro, al propio cuidado preventivo, al aseguramiento, en los gradientes de la responsabilidad social); se ha quedado además fuera de tiempo económico, la de diseñarse desde el optimismo de una fase álgida del ciclo que tenía tanto de extraordinaria como de irreplicable. En este sentido, España busca consolidar un modelo social (el cuarto 'pilar' del bienestar) en un momento en que las estructuras estatales de bienestar ofrecen en la mayoría de países desarrollados muchas dudas acerca de su robustez y así capacidad de afrontar los retos del futuro.

### **Algunos datos**

Libro Blanco Memoria Económica: Creación de empleo a partir de respuestas estandarizadas sobre cargas de trabajo estimadas (escenario 2010): 262.735 etc. Más 190 mil inducidos...incorporándose 115 mil nuevos trabajadores que migran de cuidados familiares. Y 2 mil millones de € anuales por retorno fiscal: todo tipo de impuestos, cotizaciones, paro ahorrado. FEDEA: Estimación vía TIO y Modelo Hermin: revisión 1/3 a la baja. Retorno fiscal en 2/3 del coste. Aceptación general que el impulso de 0.72 Gasto público/PIB estimularía la demanda agregada en 1.56% (respecto de su no aplicación).

### **Análisis económico de los problemas principales.**

De la identificación antes realizada de los problemas observados, destacan los relativos a las responsabilidades administrativas (internas autonómicas y externas interadministrativas: larga estancia, paliativos...) especialmente derivados de las confluencias entre cuidados sanitarios y sociosanitarios. No resulta tampoco evidente el modo en que se asignan los costes y las aportaciones entre ellas (a tercios? –con una inalcanzable alícuota de copagos generalizados de una tercera parte; sobre niveles pre-existentes? –contabilizando o no el mayor esfuerzo ya realizado por su cuenta y riesgo las administraciones territoriales). Asimismo han perdido peso (véase Recuadro anexo)

los servicios de cuidado profesiones a favor de prestaciones económicas, a empuje en buena parte de la disfunción asociable al cuidador informal. La falsa pista de las desigualdades geográficas, dadas las redes anteriormente existentes ha introducido un 'ruido' por supuesto resquebrajamiento de la cohesión social alimentado por una notoria falta de responsabilidad fiscal autonómica.

En aspectos concretos de gestión más que hermenéuticos de la Ley, destaca la cuestión de los baremos: sin incentivos explícitos a su correcta asignación y en todo caso con las disfunciones (discontinuidad de intervalos discretos en grados y niveles a los que se asocian prestaciones diferentes de cuyo coste no se responsabiliza el equipo baremador). Se han entendido mal, a nuestro entender, las aportaciones de los usuarios que no debieran ser globales y con idéntica capacidad de generar recursos, lo cual penalizaría las CC.AA. con menor renta habida cuenta que ello implicaría un copago unitario más elevado), sino selectivas en función del tipo de servicio paliativo de los distintos extremos de la dependencia y menores a mayor gravedad. De modo similar, cabría identificar el 'riesgo catastrófico' de la situación individual como algoritmo de priorización de las acciones a partir de la financiación disponible.

Su implementación requiere marcos legales estables para proveedores de servicios, de los que hoy no se dispone tanto por las insuficiencias financieras observadas como por la discrecionalidad política, aunque en todos los casos no siendo identificable con un reembolso puro de costes medios que garantizaran la sostenibilidad general de todos los proveedores con independencia de su eficiencia relativa.

Finalmente, la Ley aboga por la prevención y la autonomía, lo que está reñido con la cronificación que estratifica y aleja de la prevención, ligando en lo posible economía, atención a la salud y cuidado sociales y desligando en lo posible dependencia de ancianos de resto de discapacidades

---

**RECUADRO: ALGUNAS OBSERVACIONES: IMPLEMENTACION DE LA LEY.**

A. *Rodríguez Castedo y A Jimenez, Fundación Alternativas, 2010*

- *"El Grado III duplica las previsiones del Libro Blanco: reconocimientos muy permisivos mediante 'pasarela' y en ocasiones sin aplicación expresa y adecuada del baremo, de muchas personas que ya estaban recibiendo atención, sobre todo en centros residenciales, inflando su nivel de gravedad y logrando así mayores recursos a través del mínimo de protección garantizado proveniente de la Administración General del Estado". (...) "La excesiva generosidad en esta aplicación puede hacer que una Ley que ha nacido para garantizar derechos termine siendo meramente declarativa por problemas de sostenibilidad económica"*

*Albarrán et al, 2009, Revista Española de Salud Pública*

- *"La aplicación del baremo para medir la dependencia de tres países (Francia, Alemania y España) muestra como el español es el baremo más generoso: 163 mil personas que serían valoradas como dependientes con el baremo español no lo serían con el alemán y 463 mil no lo serían con el francés. En Alemania, con casi doble población que España y más de una década de implantación de su Ley, el número de*

beneficiarios se encuentra en torno a 300 mil en el grado III, 800 mil en el II y 1.155 mil en el grado I”

*Informe de Seguimiento del SAAD, Observatorio Estatal de la Dependencia*

- *‘Creciente promedio de solicitudes mensuales, sin demasiada lógica ya que las personas que estimen su situación ya deberían haber solicitado en años precedentes: se está taponando el sistema más que darle pausadamente salida a las acumulaciones hasta el momento producidas’*

*(‘252.822 personas están a la espera de ser atendidas con tiempos medios que ya superan los 12 meses (13,5, de 7 a 14 según CA. La tendencia a la reducción se ha parado en el 2010). Esta cantidad no baja en promedio de personas ni de tiempo de espera’).*

*Observatorio Estatal de la Dependencia, Mayo, 2010*

- *‘Pánico para las Administraciones gestoras de tener ya evaluados con Grado 1 Nivel 2 106 mil personas pese a no contar con la financiación adecuada*

- *‘El abuso en la prestación económica por cuidados en el entorno familiar está fuera de toda duda’: se dispara en agosto del 2008 y ya no se reconduce: 410 € al mes es la mitad del coste en servicios. Sin copago para el usuario, lo hace atractivo para ambas partes, desvirtuando el propósito inicial de la ley*

- *La necesidad de inversión en servicios, fuera del horizonte de nuestras Administraciones’*

*Fundación Edad y Vida, sobre el cuidado informal*

*“Lejos de la excepcionalidad que marca la Ley, actualmente la prestación económica al cuidador familiar es el tipo de prestación más concedida, en un 45,40% de los casos. Las prestaciones en servicios profesionales sobrepasan ligeramente el porcentaje de prestaciones al cuidador informal, alcanzando un 48,09% del total de prestaciones: Atención Residencial 13,35%, Centros de día/noche 6,44%, Ayuda a Domicilio 12,87% y Teleasistencia 13,50% y Prevención 1,88%. Quedan pendientes de asignación de prestación 305.941 personas dictaminadas con Grados III, II y I nivel 2*

- *El número de prestaciones reconocidas al cuidador no profesional es de 423.019 a 1-1-2011, mientras que el número de altas de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia es de 170.713 (26 de diciembre de 2011), un 93,5% de las cuales son mujeres.*

- *La diferencia entre prestaciones concedidas y altas a la seguridad social puede deberse en parte al gap temporal entre que se concede la prestación y el alta del cuidador no profesional en la seguridad social, pero también puede atribuirse al hecho de que muchos de ellos sean personas mayores de 65 años. En este sentido, sólo el 22,34% de los cuidadores no profesionales dados de alta en la seguridad social son mayores de 60 años”*

### **III.2- LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: Algunas reflexiones para el ajuste y mejor apoyo de la Ley y sus posibles soluciones**

Unas pocas indicaciones de modo resumido antes de entrar en consideraciones más concretas: (i) Reprogramar una Ley pensada para otro ciclo económico. (ii) Repensar las responsabilidades individuales en la obligación de aseguramiento y favorecer productos adecuados, menos pero más garantizados (iii) Concentrar la financiación pública disponible en la dependencia grave (iv) Copagos para modalidades menos graves y para servicios no nucleares. Un copago más intensivo en dependencia menos grave que extensivo para todo tipo de dependencia (v) Fijar marcos estables para la oferta proveedora de servicios (respecto de las prestaciones monetarias poco discriminantes) (vi) Recuperar Sucesiones y afectarlo. Más redención contra patrimonio de costes incurridos (vii) Velar más por la manera en que se implementa la Ley que por su hermenéutica, alineando los incentivos de financiadores territoriales, cuidadores formales e informales, equipos de baremación y determinación de prestaciones, equipamientos propios y concertados

#### **Algunas consideraciones concretas para la revisión de la Ley**

La Ley 39/2006 ofrece un 'cliché' de protección con alcance universalista (todos los ciudadanos son elegibles), pero fuerza al selectivismo (no todos los elegibles son elegidos), dependiendo del grado de necesidad y de la capacidad de cofinanciación.

Cuando ello se ha de traducir en la operativa (órdenes de copago –por ejemplo, el Acuerdo de 28 de octubre del 2008), los ciudadanos comienzan a interrogarse sobre la razón de una intervención pública que garantiza prestaciones idénticas a los ciudadanos, castigando relativamente a aquellos que más renta y patrimonio poseen. Por ello, un copago vinculado a renta y riqueza es de difícil argumentación en este contexto: los que más renta generaron en su vida activa (supongamos sometida además a un impuesto de sucesiones importante que evita acumulaciones de rentas no 'ganadas'), y más contribuyeron y contribuyen en tributación de renta y consumo al mantenimiento del estado de bienestar (gasto de dependencia inclusive) pasan ahora a tener 'menos derecho' en el acceso a las prestaciones públicas. Un sector público que invita de este modo a despreocuparse por el futuro, induce al consumo y no al ahorro, al flujo de gasto y no a la inversión, al ocio y no al esfuerzo del trabajo, no estaría mandando las señales adecuadas para la sociedad del nuevo siglo, sean cuales fueren las circunstancias financieras de la macroeconomía del gasto público.

No aparecerían ciertamente dudas en proveer cobertura comunitaria de los grandes riesgos que proceden de contingencias tan inciertas como inasegurables (poco probables y a primas muy altas), y que en la medida que acontecen provocan consecuencias catastróficas, ya personales o financieras. En estos casos el 'abuso moral' en situaciones impredecibles y de consecuencias directas en el bienestar individual, es necesariamente menor o nulo.

La actuación subsidiaria pública, de red y garantía de seguridad en la protección social en algunos países, recorre las vías de la justicia, con conceptos tales como tratamientos 'equitativos', en el sentido de adecuados ('Fair') sin obviar en ello la correspondencia contributiva que se requiera; mientras que en otros países, huyendo de la

proporcionalidad, favorecerían el acceso igual (absoluto, no condicionado). Un país no puede estar en ambos supuestos a la vez. Y que se requiera como equitativo que la situación personal se valore 'en negativo' (quien más ha contribuido menos reciba) resulta por supuesto de muy difícil justificación.

La concepción de lo justo como 'adecuado' podría encontrar un pilar en la virtualidad de una financiación afectada al gasto en dependencia resultante de la recaudación del impuesto de sucesiones (que grava rentas recibidas - no ganadas por el beneficiado, y que gracias precisamente a aquellas formas de cobertura pública son patrimonios que se preservan de su liquidación -de otro modo anualizados o sometidos a hipoteca inversa-).

La consideración anterior muestra la necesidad de que las redes de seguridad generales de cobertura universal se limiten a prestaciones mínimo/básicas, y no a sus niveles medios -generales y uniformes-, siendo en todo caso complementables de modo contributivo regulado.

### **Reflexiones Adicionales**

Conviene en general destacar la oportunidad de separar del debate las cuestiones que son coyunturales (del ciclo económico y quizás político) de las estructurales que acaben anclando el sistema de un modo u otro. En este sentido parece necesario enfatizar la conveniencia de que los cuidados para la población dependiente se pongan en el contexto horizontal de todas las políticas sociales. Para ello, no debería de hacer falta recordar que la política social no se define sólo desde los componentes de gasto de los presupuestos sino también de su financiación. Y que el cómputo de su incidencia redistributiva, a presupuesto equilibrado, requiere incorporar la óptica social (lo que supera lo que se suele entender como perspectiva de las administraciones públicas): así en los aspectos de cuidados informales y dados sus efectos sobre el mercado de trabajo, entre otros.

En lo que atañe a la utilización del patrimonio en la consideración de las cuestiones de financiación de los cuidados de dependencia, existen argumentos para no contabilizarlo en el momento de acceso al servicio pero cuantificar contra su posible existencia en el momento de la donación o herencia el coste de los servicios que ha beneficiado en causahabiente sin haber participado en su financiación.

Existen por lo demás equívocos en lo que se pueda considerar 'deber de cuidado' público (tal como reconocen la leyes en el Reino Unido) versus el 'derecho de acceso' a un servicio determinado; o en el propio término de cuidado (para algunos sistemas equivale a 'asistencia' mientras que para otros sería suficiente la prueba de muestra de atención -algo ofertado en su favor).

Las culturas de la comunidad y sus grupos de dependientes favorecen el signo de un tipo u otro en la elección, básicamente entre beneficios en especie y monetarios.

En Holanda la observación de la conveniencia del apoderamiento del usuario y la capacidad de decidir hacen que una transferencia monetaria del 70% del coste del servicio en especie sea estímulo suficiente para su aceptación; en Alemania, un 50% de equivalencia resulta hoy suficiente mientras que en Inglaterra no baja del 90%.



Entre colectivos, los más jóvenes y con *handicaps* -que les permiten sentirse simplemente como ciudadanos ‘diferentes’- son más favorables a recibir transferencias en ‘cash’ que equilibren los condicionantes de sus menores ingresos en el mercado de trabajo que su minusvalía supone, o por los extra costes de desarrollar una vida normal, más que servicios públicos en especie. En cambio para ancianos frágiles, la garantía pretendida es a algún tipo de servicio definido y prestado con cargo al presupuesto.

En Holanda la separación de la tipología de servicios en la determinación de necesidades -en lugar de identificar necesidades genéricamente según grado de dependencia- permite luego mantener una racionalidad diferenciada tanto para identificar quien suministra sino también con qué régimen de financiación. Así para servicios personales, de hostelería, tratamientos rehabilitadores, cuidados de enfermería. La definición de necesidad normada sobre puntos relativos a las discapacidades para las actividades básicas tiene la virtud de permitir ponderar el valor del punto reescalándolo según el presupuesto disponible y el número total de puntos asignados, traduciendo en un *cash limit* o en un precio determinado por servicio –si prestación en especie, derivando los diferenciales a cobertura complementaria o a copagos por servicios.

La traducción de ‘puntos’ a ‘servicios’ concretos parametrizados de prestación pública directa constituye posiblemente la alternativa más compleja en la estructuración de los servicios. De ahí su mejor aplicación a la prestación en ‘cash’

La utilización de presupuestos personales tal como se está experimentando en Alemania o en el Reino Unido, antes comentados, permite una lectura diferente según exista ya una alternativa de beneficios en cash disponible o no. La justificación de interponer gestores en la asignación de los presupuestos personales se ha de basar en la obtención por esta vía de mejores resultados. Respecto a ello, los resultados de la evaluación aleatoria controlada realizada para Alemania apuntan que el apoderamiento conduce a un aumento de costes totales, sin que se evalúen efectivamente los *outcomes*, y se apunta claramente a una sustitución de cuidados informales por cuidados formales. En cambio, en el Reino Unido muestra un efecto neutral entre ambos tipos de cuidado sin añadir mejora de *outcomes* objetivables (otros que no sean el subjetivo del mayor apoderamiento que suponen).

En lo que atañe a una gestión descentralizada de las prestaciones, la diversidad es inevitable a la vista de la estructura de niveles de compromiso diferentes entre administración central y local, o entre la federación y las provincias. Fuera de los *core services*, cuya definición no es en sí misma sencilla a la vista de las categorías existentes (somáticas de salud; psicogeríatras; psiquiátricas; de minusvalías físicas, mentales y sensoriales) y su pluriafectación, el resto de contenidos suelen estar abiertos a complementariedades diferenciadas: no tanto en las que se expresan en cuidados médicos y hospitalarios, pero sí en aquellas que tiene que ver con *home care* y el apoyo comunitario (descentralizado en provincias y municipios). Y aún consiguiendo algunas veces la homologación de la prestación, quedaría probablemente abierta la disparidad de la elegibilidad práctica y de las condiciones efectivas de acceso.

Una estrategia de parametrización de derechos sobre población potencialmente beneficiaria, a servicios básicos definidos a coste unitario real medio, permitiría lo que en el momento presente supone en España unos criterios de elegibilidad distintos entre CC.AA. a la vista de los incentivos entre quien califica y quien financia. Ello se debe a que los derechos y las responsabilidades que de ello se devengan no están alineados; de modo similar a la vista de las diferencias entre costes medios nominales y reales de los servicios frente a tarifas medias generales.

Por lo demás, parece volver a ganar apoyo en la literatura especializada la mejor articulación de los aspectos médicos de los cuidados de larga duración con los sanitarios asistenciales que de este modo se refundirían y se someterían a los controles de cohesión y calidad de éstos, limitando si acaso la discrecionalidad a los relativos a niveles de dependencia de menor expresión en servicios sanitarios. La financiación autonómica actuaría también en esta dirección en lo que atañe a la suficiencia garantizada y como objetivo de nivelación dentro de los elementos esenciales del estado del bienestar.

Notemos finalmente que, en general, a la universalización de los cuidados de dependencia no se le ha de suponer un impacto necesariamente redistributivo pro-pobre. Es sabido que la esperanza de vida se asocia con estatus socioeconómico y aunque la morbilidad relativa baje por cohorte etaria, es probable que decilas de renta alta viviendo más sean en mayor proporción elegibles para cuidados de dependencia. Para este propósito, universalizar quiere decir otorgar derechos sin condicionante financiero alguno: esto es ricos o pobres, por su condición única de ciudadano tendrían derecho al servicio, siendo en este caso únicamente *ex -post*, el intento de instrumentar copagos vinculables a renta a efectos de redirigir su impacto redistributivo (no por el lado del beneficio del servicio sino por el de su contribución financiera). Entre acceso y utilización efectiva o demanda aflorada existen sesgos condicionantes vinculados a educación y renta. La falta de actitud proactiva de los gestores respecto de la demanda latente es un ejemplo.

Un acceso a copago fijo (*lump sum*) sería mayormente adecuado al evitar los incentivos perversos que de otro modo supone un copago vinculado a renta y patrimonio (elusión, desincentivo al ahorro) y un inevitable complemento en cualquier caso. Dicha política resultaría redistributiva: igual acceso pese a una desigual contribución. Por lo demás, el copago fijo cesaría por falta de rentas (más allá de lo que pueda ya suponer hoy una pensión contributiva, o como resultado de una cláusula 'a la Wagstaff-Van Doorslaer', de evitación de situaciones financieras catastróficas).

Un simple cálculo 'virtual' de lo que supondría el patrimonio sobre dicho copago una anualidad o una hipoteca inversa podría determinar el valor contra el que se fijaría la 'factura sombra' que la administración o el proveedor podría establecer sobre el activo, a redimir en su caso por los herederos del beneficiario. No en vano, viudas (63%) y solteras (24%) predominan en el ingreso en residencias en la actualidad.

Nótese que en el contexto comentado, el aseguramiento privado de cuidados de dependencia mantiene problemas de implantación por insuficiente percepción de necesidad del ciudadano y hoy incapacidad añadida de hacerle frente. Sin embargo en países en los que el sistema público opera como red de seguridad, el aseguramiento privado puede cubrir complementariamente lo que el sistema público cubra de modo



parcial o el ciudadano requiera adicionalmente (*topping up*), particularmente a través de pólizas complementarias de grupo o empresa. Confiar exclusivamente en el aseguramiento privado requiere un grado de subsidio u obligatoriedad que se nos antoja hoy muy complejo.



## CUADROS ANEXOS

### Descomposición de factores de crecimiento del componente público del gasto sanitario

Estudio (autor, año) Período	Descripción (método, datos e hipótesis)	Resultados (proyecciones del gasto)	
Ahn, García y Herce (2005) Período: 2004-2050	Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante. Proyección estocástica de la población futura y del gasto futuro por edad y sexo.	Tasas de crecimiento anual por efecto demográfico: - proyección mediana: 0,74% - escenario pesimista (P=0,10): 1,1% - escenario optimista (p=0,10): 0,35%. % del PIB en 2050: 6,7%. <sup>a</sup>	La p impa
Kotlikoff y Hagist, 2005 Período: indefinido (más de 60 años)	Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante. Nivel de prestaciones (residual) según evolución histórica: durante 0 años, 20 años, 40 años o 60 años, y después a ritmo de PIB por cápita. Tasas de descuento: 3, 5 y 7%.	Valor actual del gasto sanitario público futuro (tasa de descuento del 3% y nivel de prestaciones histórico durante 20, 40 y 60 años): 8,89%, 11,91%, 15,61%.	Vari actua actua No p efect
OECD, 2006 Período: 2005-2050	Coste de la muerte para los no supervivientes de cada año. Coste medio según edad de los supervivientes: diferencia entre coste medio total y de los no supervivientes. Elasticidad-renta unitaria. Residuo no-demográfico <sup>d</sup> (dos escenarios): 1% de crecimiento anual (escenario presión de costes) y decreciente hasta cero en 2050 (escenario de contención de costes) <sup>a</sup> .	Proporción del PIB en 2050: - Sólo efecto demográfico: 6,4%. - Escenario presión costes: 9,6%. - Escenario contención costes: 7,8%.	Hipó años de vi Dem del c de co (esce
Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004; Puig-Junoy, 2006 <sup>c</sup> Período: 2004-2013	Población según INE (dos escenarios sobre inmigración: 160.000 y 250.000 personas/año). Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante. Inflación diferencial según evolución histórica (1991-2001). Prestación real media (dos escenarios): según evolución histórica (1991-2001) y según tasa crecimiento PIB menos inflación diferencial.	Tasa media de crecimiento anual acumulativo (% del PIB en 2013): - Escenario base: 3,05% (5,70%) - Escenario moderadamente expansivo: 3,62% (6,03%)	Dem del c base mod
European Commission, 2006 Período: 2004-2050	Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante, distinguiendo el coste de supervivientes y no supervivientes. Crecimiento de la prestación sanitaria real media por persona según el PIB por cápita. Elasticidad-renta unitaria.	Aumento de la proporción del PIB hasta 2050 de 2,2 puntos, oscilando entre 1,6 y 3,3 puntos.	A pa se lle y el "cons

<i>Estudio (autor, año) Período; países</i>	<i>Factores de crecimiento</i>	<i>Resultados (tasas de crecimiento anual)</i>	<i>Observaciones</i>
<i>Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, 2005 1999-2003, España</i>	Factor demográfico; prestación real media por persona	Factor demográfico: 0,3%. Prestación real media: 2,9%.	La prestación real media por persona se obtiene como residual.
<i>Kotlikoff y Hagist, 2005 1970-2002; 10 países de la OCDE</i>	Efecto demográfico, nivel de prestaciones (benefit level)	Efecto demográfico: 0,4%. Nivel de prestaciones: 4,6% (mín. 4,3%).	El nivel de prestaciones recoge cualquier otro cambio más allá del demográfico.
<i>OECD, 2006 1970-2002; 30 países OCDE</i>	Efecto edad; efecto renta; residuo (tecnología, precios relativos, políticas)	1970-2002: efecto edad (0,4%); efecto renta (2,4%); factor residual (2,5%). 1980-2002: efecto edad (0,3%); efecto renta (2,3%); factor residual (0,8%).	Efecto renta calculado suponiendo una elasticidad- renta unitaria. El residuo recoge cualquier crecimiento por encima del atribuible a la elasticidad-renta y el efecto edad.
<i>Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004 1991-2001; España</i>	Factor demográfico; diferencial de precios; prestación sanitaria real media.	Factor demográfico: 0,5%. Diferencial de precios: 0,3%. Prestación real media: 1,9%.	El diferencial de precios recoge la diferencia entre el índice de precios al consumo y un índice de precios de la sanidad pública. La prestación sanitaria real media se obtiene como residual.

## Evolución de la financiación pública de la LAPAD y dictámenes sobre derecho a la prestación

### (A) Evolución de la financiación pública de la LAPAD

Año	Aportación de la A.G.E. (€)	Financiación pública total estimada (€)
2007	400.000.000	800.000.000
2008	678.685.396	1.357.370.793
2009	979.364.617	1.958.729.234
2010	1.160.330.812	2.320.661.624
2011	1.545.425.613	3.090.851.227
2012	1.673.884.768	3.347.769.536
2013	1.876.030.564	3.752.061.129
2014	2.111.571.644	4.223.143.288
2015	2.212.904.397	4.425.808.795

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria económica de la LAPAD

### 2.4. DICTÁMENES Situación a 1 de Julio de 2012

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes		Dictámenes		Grado III		Grado II		(1) Grado I Nivel 2		TOTAL PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN	
	Nº	%	Nº	% solicitudes	Nº	% dictámenes	Nº	% dictámenes	Nº	% dictámenes	Nº	% dictámenes
Andalucía	415.140	25,42	384.076	92,52	97.358	25,35	124.350	32,38	39.802	10,36	261.510	68,09
Aragón	49.141	3,01	47.405	96,47	12.921	27,26	14.536	30,66	4.445	9,38	31.902	67,30
Asturias (Principado de)	35.892	2,20	33.468	93,25	8.653	25,85	8.561	25,58	3.092	9,24	20.306	60,67
Baleares (Illes)	24.801	1,51	22.859	92,92	6.412	28,05	7.615	33,31	2.420	10,59	16.447	71,95
Canarias	38.616	2,36	30.648	79,37	12.642	41,25	9.240	30,15	2.713	8,85	24.595	80,25
Cantabria	24.258	1,49	23.493	96,85	6.805	28,11	7.586	32,29	2.309	9,83	16.500	70,23
Castilla y León	101.746	6,23	95.610	93,97	31.301	32,74	26.342	27,55	8.004	8,37	65.647	68,66
Castilla-La Mancha	90.499	5,54	86.413	95,49	22.035	25,50	22.752	26,33	6.408	9,73	53.195	61,56
Catalunya	281.130	17,21	266.922	94,95	64.547	24,18	85.454	32,01	26.707	10,01	176.708	66,20
Comunitat Valenciana	101.209	6,20	100.403	99,20	27.031	26,92	30.098	29,98	10.988	10,94	68.117	67,84
Extremadura	46.322	2,84	42.141	90,97	12.306	29,20	11.066	26,26	3.556	8,44	26.928	63,90
Galicia	90.052	5,51	81.248	90,22	27.897	34,34	26.337	32,42	7.481	9,21	61.715	75,96
Madrid (Comunidad de)	162.430	9,95	155.892	95,97	42.978	27,57	41.245	26,46	15.402	9,88	99.625	63,91
Murcia (Región de)	56.491	3,46	47.473	84,04	15.700	33,07	15.150	31,93	5.391	11,36	36.247	76,35
Navarra (Comunidad Foral de)	17.468	1,07	16.955	97,06	3.088	18,21	5.101	30,44	1.893	11,16	10.142	59,82
País Vasco	79.775	4,88	76.250	95,58	17.338	22,74	22.156	29,06	7.934	10,41	47.428	62,20
Rioja (La)	14.513	0,89	14.511	99,99	3.777	26,03	3.895	26,84	784	5,40	8.456	58,27
Ceuta y Melilla	3.866	0,24	3.895	95,58	876	23,71	968	26,20	250	6,77	2.064	56,67
<b>TOTAL</b>	<b>1.633.149</b>	<b>100,00</b>	<b>1.529.462</b>	<b>93,65</b>	<b>413.465</b>	<b>27,03</b>	<b>462.518</b>	<b>30,24</b>	<b>151.579</b>	<b>9,91</b>	<b>1.027.562</b>	<b>67,18</b>

(1) El Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, ha introducido modificaciones en la disposición final primera de la Ley de Dependencia, relativa a la efectividad de los derechos de las personas beneficiarias. De conformidad con lo dispuesto en la mencionada norma, se incluyen las personas beneficiarias que a fecha de 31 de diciembre de 2011 habían sido valoradas con el Grado I Nivel 2 y ya contaban con un PIA aprobado, así como aquellas que, sin contar con un PIA a la citada fecha, se había excedido el plazo legalmente establecido para resolver (seis meses a contar desde la solicitud, de acuerdo con lo establecido en el R.D. 8/2010, de 20 de mayo)

**El Coste del Cuidador Informal (Datos 29 de septiembre de 2011):**

A pesar de que no existe información oficial acerca del gasto que suponen las prestaciones específicas para los cuidadores familiares, podemos realizar una estimación de los costes para el conjunto del Estado en base a la información disponible.

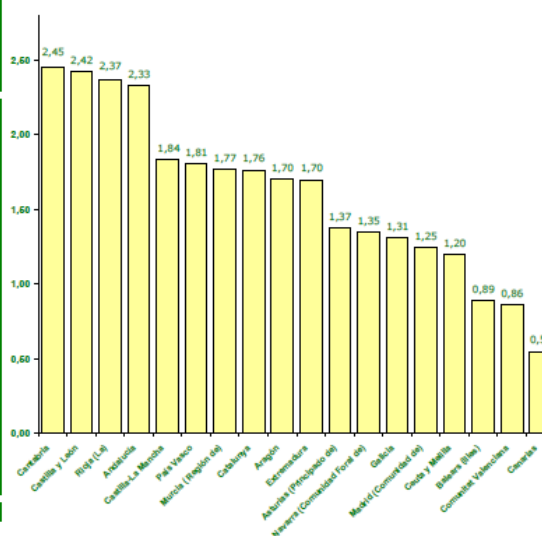
- Prestaciones al cuidador informal = **419.787**
- Altas a la seguridad social = **169.307**
- Total de personas beneficiarias con derecho a prestación = **1.045.624**
- Distribución de los Dictámenes por Grado y Nivel de Dependencia:

Grado y nivel de dependencia	Distribución (%) por Grado y nivel dependencia (01/10/2011)
Grado III Nivel 2	11,90
Grado III Nivel 1	17,70
Grado II Nivel 2	12,60
Grado II Nivel 1	17,90
Grado I Nivel 2	11,00
<b>TOTAL</b>	<b>71,10</b>

**Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA**

**2.9. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA**  
Situación a 1 de Julio de 2012

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA (1)		Personas beneficiarias con prestaciones	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.424.102	17,85	196.295	2,33
Aragón	1.346.293	2,85	22.897	1,70
Asturias (Principado de)	1.081.487	2,29	14.887	1,37
Baleares (Illes)	1.113.114	2,36	9.927	0,89
Canarias	2.126.769	4,51	11.872	0,55
Cantabria	593.121	1,26	14.532	2,45
Castilla y León	2.558.463	5,42	61.991	2,42
Castilla-La Mancha	2.115.334	4,48	38.931	1,84
Catalunya	7.539.618	15,98	132.978	1,76
Comunitat Valenciana	5.117.190	10,84	44.249	0,86
Extremadura	1.109.367	2,35	18.855	1,70
Galicia	2.795.422	5,92	36.686	1,31
Madrid (Comunidad de)	6.489.680	13,75	80.981	1,25
Murcia (Región de)	1.470.069	3,12	26.019	1,77
Navarra (Comunidad Foral de)	642.051	1,36	8.670	1,35
País Vasco	2.184.606	4,63	39.500	1,81
Rioja (La)	322.955	0,68	7.646	2,37
Ceuta y Melilla	180.852	0,34	1.935	1,20
<b>TOTAL</b>	<b>47.190.493</b>	<b>100,00</b>	<b>768.611</b>	<b>1,63</b>



(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2011. Real Decreto 1782/2011, de 16 de diciembre.

### Distribución de las prestaciones:

- Estimación de la distribución por Grado y Nivel de dependencia de las personas beneficiarias con derecho a prestación:

Grado y nivel de dependencia	Estimación distribución (%) Grado y Nivel de dependencia de las personas beneficiarias con derecho a prestación
Grado III Nivel 2	16,74
Grado III Nivel 1	24,89
Grado II Nivel 2	17,72
Grado II Nivel 1	25,18
Grado I Nivel 2	15,47
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

- Estimación del número de prestaciones al cuidador informal por grado y nivel de dependencia en función de los porcentajes anteriores:

Grado y nivel de dependencia	Estimación número de prestaciones cuidador informal por Grado y Nivel de dependencia en función de los porcentajes anteriores
Grado III Nivel 2	70.259,71
Grado III Nivel 1	104.503,94
Grado II Nivel 2	74.392,63
Grado II Nivel 1	105.684,77
Grado I Nivel 2	64.945,95
<b>TOTAL</b>	<b>419.787,00</b>

### Distribución de las prestaciones

	Prestaciones Económicas				Total Prestaciones	Porcentaje	
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Entorno	P. Asist. Personal	Total		Prestaciones Económicas sobre total	PCEF sobre total
Dic-2008	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29.08	25.91
Dic-2009	36,076	266,398	658	303,132	520,736	58.21	51.16
Dic-2010	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55.19	48.38
Dic-2011	59,836	417,782	874	478,492	917,604	52.15	45.53
Jun-2012	61,607	427,747	895	490,249	932,490	52.57	45.87

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Los cambios en la estructura de la desigualdad en España:¿Qué nos dice la nueva EPF? XVIII Encuentro de economía pública; 2011.
- (2) Ahn N, Alonso Meseguer J, San Miguel H, Antonio J. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Documentos de trabajo (Fundación BBVA) 2003(7):1.
- (3) Baumol WJ. The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. : Yale University Press; 2012.
- (4) Blanco Moreno Á, Urbanos Garrido R, Thuissard Vasallo IJ. Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público. Gaceta Sanitaria 2012.
- (5) Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. Health Policy 2006;75(2):178.
- (6) Casado Marín D(), Puig Junoy J, Puig Peiró R. El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las Comunidades Autónomas.[The impact of demography on future health spending in the Autonomous Communities]. ; 2009.
- (7) Chandra A. SJ. Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care. Journal of Economic Literature 2012;50(3):645.
- (8) Cohen AB, Hanft RS, Encinosa W, Spernak S. Technology in American health care: Policy directions for effective evaluation and management. : University of Michigan Press; 2004.
- (9) Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gaceta Sanitaria 2009;23(4):261-265.
- (10) Deaton AS, Paxson CH. Aging and inequality in income and health. Am Econ Rev 1998;88(2):248-253.
- (11) Dormont B, Oliveira Martins J, Pelgrin F, Suhrcke M. Health expenditures, longevity and growth. Marc, Health Expenditures, Longevity and Growth 2008.
- (12) England RS editor. The macroeconomic impact of global aging. A New Era of Economic Frailty? Center for Strategic International Studies (CSIS); 2002.
- (13) Comisión Europea. The impact of ageing on public expenditure: projections for the UE25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfer, 2004-2050. : EC; 2006.
- (14) Fuchs VR. Economics, values, and health care reform. Am Econ Rev 1996;86(1):1-24.



- (15) Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del modelo sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. 2010.
- (16) Ginsburg PB. High and rising health care costs: Demystifying US health care spending. Princeton, NJ 2008.
- (17) Gómez-Sancho M, CIPRES-CASANOVAS L, Fernández-Gutierrez J, Gómez-Batiste X, Pascual-López A, Pérez-Martí M. Atención médica al final de la vida. Rev.Soc.Esp.Dolor 2002(9):262-265.
- (18) Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. Scand J Public Health 1999;27(2):85-88.
- (19) Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. The Lancet 2008;372(9656):2124-2131.
- (20) López-Casasnovas G. Repensar el estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y la OCDE. EKONOMIAZ 2012;81(03):17-38.
- (21) López-Casasnovas G, Nicodemo C. Transition probabilities and duration analysis among disability states: some evidence from Spanish data. 2012.
- (22) López-Casasnovas G, Soley-Bori M. The Economic Crisis and its Effects on the Social Determinants of Health. Hacienda Pública Española 2011;201(2):113-132.
- (23) López-Valcárcel BG, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gac Sanit 2012;26(2).
- (24) Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Engl J Med 1993;328(15):1092-1096.
- (25) Newhouse JP. An iconoclastic view of health cost containment. Health Aff 1993;12(suppl 1):152-171.
- (26) Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? The Journal of Economic Perspectives 1992:3-21.
- (27) Oliva-Moreno J. Loss of labour productivity caused by disease and health problems: what is the magnitude of its effect on Spain's Economy? The European Journal of Health Economics 2011:1-10.
- (28) Oliveira Martins J, De la Maisonnette C. The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. OCDE, 2006.

- (29) Pammolli F, Riccaboni M, Magazzini L. The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *The European Journal of Health Economics* 2011;1-12.
- (30) Pammolli F, Riccaboni M, Oglialoro C, Magazzini L, Baio G, Salerno N. Medical devices competitiveness and impact on public health expenditure. 2005.
- (31) Puig Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? *Economía y salud: boletín informativo* 2011(72):1-5.
- (32) Ruhm CJ. Macroeconomic conditions, health and mortality 2004.
- (33) Seshamani M, Gray A. Ageing and health - care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Econ* 2004;13(4):303-314.
- (34) Seshamani M, Gray A. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age Ageing* 2004;33(6):556-561.
- (35) Seshamani M, Gray AM. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ* 2004;23(2):217-235.
- (36) Shang B, Goldman D. Does age or life expectancy better predict health care expenditures? *Health Econ* 2008;17(4):487-501.
- (37) Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. *Health Econ* 2004;13(4):315-327.
- (38) Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. *Health Econ* 2004;13(4):315-327.
- (39) Stoker T, Van Acht JW, Van Barneveld EM, van Vliet RJ, van Hout BA, Hessing DJ, et al. Costs in the last year of life in the Netherlands. *Inquiry* 2001;38(1):73-80.
- (40) Sullivan D, Von Wachter T. Job displacement and mortality: An analysis using administrative data. *The Quarterly Journal of Economics* 2009;124(3):1265-1306.
- (41) Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Mäkelä P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *The European Journal of Public Health* 2000;10(4):274-280.
- (42) WHO. Determinantes de salud y desigualdades en salud de la OMS. 2012; Available at: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review>. Accessed march 2013, 2013.

(43) Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 1999;8(6):485-496.

(44) Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 1999;8(6):485-496.

(45) Zweifel P, Felder S, Werblow A. Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* 2004;29(4):652-666.

(46) Zweifel P, Felder S, Werblow A. Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* 2004;29(4):652-666.

(47) Zweifel P, Ferrari M. Is there a Sisyphus syndrome in health care. *Health economics worldwide* 1992;1:311-330.