

**“LA EVOLUCION DEMOGRAFICA: IMPACTO EN EL SISTEMA
ECONOMICO Y SOCIAL”**

SEMINARIO FCAVN

Dirs.: Pedro Martínez de Alegría Pinedo (Secretario General Técnico FCAVN) e Iñaki Beristain Etxabe (Jefe de Estudios FCAVN).

SESION III: DEMOGRAFIA, EQUIPAMIENTOS Y SERVICIOS SANITARIOS

El envejecimiento demográfico: La perspectiva de la sanidad

Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía de la Univ Pompeu Fabra y Dir. Del Centre de Recerca en Economia i Salut (UPF)^(#)

Resumen

Los cambios en las perspectivas de las políticas públicas ante las nuevas circunstancias demográficas suponen aspectos nuevos sin duda positivos. Bien es cierto que en ellos confluyen algunas incertidumbres de impronta potencial negativa, condicionantes en algunos casos derivados de incertidumbre mitigables (cambios institucionales) con otros de mayor calado (que habrán de suponer nuevos valores culturales y de inducción de nuevas conductas en particular).

En este texto se examina la situación de las políticas públicas de atención a nuestros mayores, prestando atención a aquellos rasgos institucionales que requieren una mayor coordinación y respuestas coherentes, y que son condiciones necesarias, aunque quizás no suficientes para adaptar las políticas a los nuevos contextos. Para la discusión de las encrucijadas que han de informar la reorientación de los instrumentos al servicio del bienestar social, se diferencian aquellas orientaciones deseables, de aquellas deseables y posibles a la vez, susceptibles por tanto de cambio informado sin dilación.

^(#) – Agradezco a David Casado, investigador de CRES-UPF, sus aportaciones a diferentes partes del trabajo. Y al Ministerio de Universidades e Investigación por la ayuda financiera CICIT 2000-2002.

El envejecimiento demográfico: La perspectiva de la sanidad y los servicios sanitarios

Resumen de argumentos

Dificultades de la previsión ('todo permanece constante excepto el número de ancianos')

cómputo en base a datos de utilización (a coste medio de patología de complejidad media) y de gasto (observado actual)

(ii) no longitudinales (por tanto colectivos 'genéticamente' diferentes), estratificados en estratos discontinuos, y proyectados a cohortes futuras.

En cualquier caso, evidencia 'transversal' (entre diferentes cohortes) de que el gasto sanitario varía con la edad. la longitudinal (lo que gasta el individuo a lo largo de su ciclo vital) clarifica que es la proximidad al fallecimiento lo que dinamiza el gasto.

Conviene distinguir: (i) el coste por anciano del coste debido a la existencia de un mayor número de ellos, y (ii) la morbilidad prevalente total de la respuesta institucional dada por el dispositivo asistencial

Cuestiones claves:

•sobre la morbilidad prevalente

-¿llegan nuestros ancianos hoy en términos medios más sanos?, o menos (los inframarginales son los que sobreviven)?

-Es un problema de valores medios o es la varianza decisiva?

-Muestran los supervivientes nuevas patologías (y múltiples: del sistema nervioso, mentales...) o más caras?

-es la patología menos 'terminal' porque se retarda su aparición ('se comprimen') o porque 'duran' más?

sobre la respuesta institucional

-estamos medicalizando todas las condiciones?

-coordinamos mejor el dispositivo ante las nuevas necesidades?

-gestionamos mejor la utilización inadecuada y evitamos la sobreutilización?

-priorizamos con criterios explícitos las prestaciones?

-confundimos el catálogo sanitario y el sociosanitario?

-estamos socializando totalmente los costes de los nuevos cuidados?-evoluciona en el tiempo el tratamiento de una misma patología con criterios de coste-efectividad?

-cómo atendemos al paciente en el tiempo, para un mismo tramo de edad, en x años previos al fallecimiento (años previos al fallecimiento, y por tanto sin resultado exitoso por definición!)?

-cómo responde el sistema en la combinación de cuidado agudo y paliativo ante enfermos terminales?

•Ante las incertidumbres, algunas intuiciones

1- Perspectiva de crecimiento importante

para la evolución del gasto en su conjunto: elasticidad renta de la utilización más expectativas sociales de una sociedad cada vez más medicalizada, no exenta de presiones de las grandes corporaciones sanitarias

para la evolución también de la financiación pública de dicho gasto: endogeneidad política de la demanda social de un 'cluster' importante electoralmente de ciudadanos, que socializan costes y para los que el universalismo dominante en prestaciones no consigue 'des-priorizar'

2- Con ello, (i)- el problema puede ser por tanto no el envejecimiento en si, sino su asociación a una tasa de dependencia en deterioro

(ii)- En este contexto, tiene sentido priorizar globalmente el colectivo para un mayor gasto social/PIB?

En cualquier caso, la alternativa de mantener el *status quo* en el gasto (con un empeoramiento relativo de los servicios) hace justicia a las distintas necesidades dentro del colectivo de mayores?; no se combatiría mejor con financiación adicional privada selectiva, siendo más explícitos los resultados del gasto sanitario?.

En el contexto comentado, los cambios en la prevalencia de las condiciones médicas no ha contribuido al descenso observado en discapacidad en términos absolutos, pero la mejora en discapacidad, dada la presencia de tratamientos para la condiciones médicas graves, parece explicar buena parte del descenso relativo:

a) los individuos tienden a tener un mejor estado de salud en el sentido de un menor grado de discapacidad, incluso estando parcialmente más enfermos, habida cuenta de que su condición está 'medicalizada' en mayor medida.

b) en general, es previsible que (i) el gasto sanitario va a crecer a empuje, entre otros factores, del envejecimiento relativo;

(ii) en el grado en que la financiación pública acompañe dicho crecimiento esta la clave;

(iii) sería un error proyectar para los cuidados sociosanitarios las recetas y los sistemas de atención de lo sanitario (personal estatutario, provisión pública y financiación general).

En general, preocupa sobre todo la respuesta al cuidado asistencial de nuestros mayores: el todo gratis en los temas asociados al envejecimiento es un grifo de financiación pública que si se abre (sin criterios de priorización sobre bases de eficiencia y/o de equidad) difícilmente se podrá cerrar.

El envejecimiento demográfico: La perspectiva de la sanidad y los servicios sanitarios

Desarrollo argumental

I.- La perspectiva demográfica

En los últimos 30 años, las poblaciones de los países desarrollados han experimentado un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes. Se observa en el envejecimiento relativo de la población española la concurrencia de dos fenómenos diferenciados: por un lado, el aumento de la esperanza de vida de los españoles y, por otro, la importante caída de la fecundidad. Ambos factores son reflejo de una transición demográfica coherente con el grado de desarrollo alcanzado por nuestro país: mientras al primero hay que saludarlo con parabienes, especialmente si conseguimos garantizar que el aumento de la expectativa de vida se produzca libre de incapacidad, al segundo, el descenso de la fecundidad, las sociedades lo han recibido con sentimientos contrapuestos. No obstante, este último descenso refleja un problema de "escalón" (retraso de la maternidad) que no se espera permanente. El observatorio europeo para las políticas de protección a las familias ve posible que las tasas de fecundidad españolas se estabilicen en sus actuales valores o, incluso, que mejoren levemente y se aproximen a la media europea (la experiencia sueca durante el último quinquenio resulta esperanzadora).

En cualquier caso, las cifras muestran como mientras entre 1900 y 1960 únicamente un millón de personas pasaron a engrosar el colectivo de individuos de más de 65 años, entre 1960 y 1998 la cifra correspondiente fue de casi 3 millones de individuos. Así, el porcentaje de personas de más de 65 años sobre el total de población prácticamente se dobla durante ese período (del 8.2% en 1960 se pasó al 16.3% en 1998). En cuanto al futuro, según apuntan diversos expertos en los próximos 25 años cabe esperar un aumento de otros 3 millones en la cifra de personas mayores de 65 años, con lo que el porcentaje representado por este colectivo sobre el total poblacional pasará a ser de un 22% en el año 2025.

Esta tendencia al envejecimiento demográfico parece bien fundada y, como señalan Gruber y Wise (2001), resulta común a la mayoría de países occidentales. Según estos autores, España es uno de los países que previsiblemente registrará unos incrementos mayores, especialmente en las proyecciones que apuntan al año 2050. Así, del 0.25 actual, el ratio de población con 65 años o más sobre la población de entre 20 y 64 años pasaría nada menos que al 0.6. En el año 2050, dicha cifra resulta sólo comparable a la de países como Italia y Japón que, sin embargo, experimentarán crecimientos relativos menores al contar ambos con poblaciones de partida más envejecidas que la española. Por su parte, países como Suecia, Holanda, Canadá y estados unidos se estabilizarían en ratios inferiores al 0.4, mientras que Alemania, Francia y Bélgica lo harían en cifras del 0.5.

Ante esta perspectiva de futuro, la discusión se ha centrado casi exclusivamente en el gasto en pensiones, estando también presente aunque en menor medida el gasto sanitario, y prestándose escasa o nula atención a los cuidados de larga duración. Parece

adecuado en este sentido recuperar una perspectiva global acerca de los potenciales efectos del envejecimiento sobre el gasto social en su conjunto, dado el elevado grado de interrelación que existe entre las distintas partidas que lo componen. Dicha perspectiva global nos debería permitir valorar las siguientes cuestiones:

1- dado un nivel de gasto social, ¿cómo se orientan las políticas sociales de atención a nuestros mayores (cuidados de larga duración, pensiones contributivas y asistenciales, atención sanitaria y socio-sanitaria, con copagos pero con pensiones más altas, con prestaciones gratuitas o ayuda a los familiares...);

2- dentro del gasto destinado a dicho colectivo, ¿es adecuado el balance asistencial entre asistencia institucional y domiciliaria?, ¿y entre éstos últimos y el apoyo informal?, y ¿entre público y privado (en instituciones proveedoras y en financiación)?;

3-en el supuesto de crecimiento relativo de un monto de gasto social determinado, cuál es el mejor destino en términos de los objetivos a alcanzar (el bienestar de los usuarios a un coste social asumible)?

-dicho gasto social, ¿debiera ser universal o selectivo, monetario o en especie, con provisión pública acompañada con provisión privada, financiada total o sólo parcialmente por parte de las administraciones públicas?

II.- Envejecimiento y gasto sanitario público

La edad y el gasto sanitario

Como es bien sabido, España gasta en asistencia sanitaria aproximadamente 7.5 puntos porcentuales de su producto interior bruto. Un 77% de dicho gasto resulta de la provisión pública (5.6) y el resto se financia privadamente (pagos directos por servicios, medicamentos, prótesis y primas de seguro privado). Aunque en las próximas secciones afinemos los argumentos, todo apunta a que existe abundante evidencia de que utilización sanitaria y edad se mueven a la par. Así lo corroboran, sin duda, los datos sobre utilización hospitalaria por grupos de edad y sexo, pues muestran una forma de U muy achatada.

En concreto, comparado con los valores mínimos de utilización, que corresponden a las cohortes de individuos de entre 5 y 54 años, tanto los niños de 0 a 4 años como el colectivo de personas de entre 55 y 64 años tienen tasas de utilización hospitalaria 3 veces superiores, cifra que se eleva a 4.5 veces para las personas de entre de 65 a 74 años, y hasta algo más de 6 veces para el que colectivo de individuos con 75 años o más. Asimismo, en el caso de estas dos últimas cohortes, son los hombres los que registran unas mayores tasas de utilización. También en el caso de la atención primaria, aunque siguiendo una pauta más errática, se constata una relación evidente entre utilización y edad: así, a la vista de las consultas declaradas por los usuarios según grupo de edad y sexo, se observa cómo los colectivos de mayor edad realizan una utilización de la atención primaria que, en términos relativos, llega a doblar la efectuada por los jóvenes de entre 10 y 14 años. Finalmente, en cuanto a los productos farmacéuticos, las cifras indican que el colectivo de pensionistas realiza un consumo 10 veces superior al del resto de la población (Farmaindustria, 2000). En este caso, sin embargo, además de la edad, la cifra anterior es el resultado de otros dos fenómenos que no hay que olvidar: la ausencia de copago farmacéutico para los pensionistas y la existencia de un nivel de fraude importante (el conocido, pero difícilmente cuantificable, trasvase de recetas de activos a pensionistas).

En conjunto, según estimaciones de Alonso y Herce (1998), si se toma como referente el gasto sanitario público medio de la cohorte de entre 35 y 44 años, que asciende a unas 120 mil pesetas anuales, las personas de entre 65 y 74 años gastan cuatro veces más, cifra que llega hasta las seis veces en el caso de los individuos de más de 75 años. Más recientemente Urbanos (2002) ha estimado los perfiles de gasto por edad y sexo a partir de datos de consumo relativos al año 1998. La población en dicho año se ha dividido en grupos de edad quinquenales hasta la categoría de 90 años y más. En cada categoría se distingue entre hombres y mujeres. Para calcular los perfiles por edad, Urbanos agrupa las distintas funciones de gasto sanitario en 6 categorías: servicios hospitalarios, servicios ambulatorios (incluye servicios especializados extrahospitalarios y servicios primarios de salud), farmacia, traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, otros gastos (incluye administración, salud pública e investigación, transferencias corrientes y gasto de capital). Los principales resultados se incorporan en los gráficos adjuntos (véase anexo).

En general, la anterior pauta de comportamiento del gasto sanitario la comparten, en mayor o menor grado, todos los países occidentales. Si asignamos un valor igual a 100 a

la media del gasto sanitario realizado por las personas de hasta 65 años en los países de la unión europea, la media de gasto para el grupo de personas de entre 65 y 74 años es de 227, y de 393 para el colectivo de 75 años o más. Si se reproducen los cálculos anteriores utilizando una muestra de 13 países de la OCDE, los valores respectivos se elevan a 250 y 476, debido a la influencia del gasto correspondiente a Japón y Estados Unidos en esta segunda muestra. Por su parte, en el caso de este último país, un reciente estudio de Cutler y Meara (1999) ha vuelto a confirmar el mayor gasto relativo de las personas mayores: si se toma como referente el gasto medio realizado por la cohorte de individuos de entre 35 y 44 años, las personas de entre 65 y 74 años gastaban 3,3 veces más, cifra que aumentaba hasta 4,5 veces en el caso de los individuos de entre 75 y 84 años, y a 5,5 en las personas de más de 84 años.

Conviene señalar, por último, que pese a que los datos anteriores parecen sugerir una relación entre gasto sanitario y edad que se produce a intervalos discontinuos, la realidad muestra que se trata de un continuo. Así lo indican, por ejemplo, los datos de los pocos países que disponen de información sobre el gasto sanitario realizado a lo largo de su ciclo vital por muestras de individuos representativas a nivel poblacional. De hecho, los estudios que han analizado la información contenida en dichas bases de datos individuales [Zweifel et al. (1999); Lubitz y Riley (1995)], coinciden en señalar que la mayor parte del gasto sanitario realizado por una persona a lo largo de su vida se concentra en los meses que preceden a su muerte. Un fenómeno que, según estos autores, confirma un hecho que no debería sorprendernos: no es la edad cronológica per se de los individuos, sino su estado de salud, lo que mueve el gasto sanitario.

Reconocido lo anterior, y aunque dicha explicación resulta muy plausible a nivel intuitivo, no se conoce ningún estudio que haya analizado el gasto sanitario de los individuos, durante cierto periodo de tiempo y a nivel poblacional, considerando simultáneamente la edad, el estado de salud y el tiempo de vida restante. Por ello, resulta complejo resolver empíricamente la cuestión de si el mayor gasto relativo de las personas mayores que se observa en un año cualquiera tiene que ver, o no, con el peor estado de salud de estas personas respecto al del resto de la población; ya sea como resultado de enfermedades que les provocarán la muerte en pocos años, ya sea por el padecimiento de enfermedades que dejarán sentir sus efectos durante más tiempo (Casado, 2001).

En cualquier caso, lo relevante es que la demografía española nos aboca a una situación en la que el número de personas mayores que pueden encontrarse en uno u otro caso puede ser distinto al actual en razón de unas menores tasas de mortalidad. Sin embargo, la mayor longevidad no tiene porqué producirse a expensas de un peor estado de salud entre los supervivientes. También el número de personas mayores con enfermedades de largo desarrollo puede verse alterado. Si se acepta el supuesto de que en un futuro la mayor longevidad venga acompañada de variaciones en los perfiles de salud de las personas mayores, no podemos descartar la hipótesis de que el mayor gasto sanitario relativo de este colectivo también vea modificada su magnitud actual (Casado, 2001).

Los factores clave: epidemiología e intensidad asistencial.

No obstante, a efectos de discutir el posible impacto del envejecimiento de la población sobre el gasto sanitario futuro, debe quedar claro que la influencia del “factor demográfico” no es el único aspecto a considerar. Además de éste, existen otros dos

factores igualmente decisivos: por un lado, resulta evidente que la evolución en los próximos años del estado de salud de los individuos, y muy especialmente el de las personas mayores, va a tener consecuencias importantes sobre el comportamiento futuro del gasto sanitario (“factor epidemiológico”); por otro lado, está claro que la evolución de la prestación sanitaria real media, que como veremos comprende distintos elementos relacionados con las intervenciones sanitarias disponibles y la intensidad con que éstas se utilizan, también va a tener importantes efectos sobre el gasto sanitario futuro (“factor asistencial”). Analicemos con más detalle la posible influencia de ambos tipos de factores.

El análisis del factor epidemiológico resulta realmente complejo por incluir éste varios elementos cuya dinámica no es en absoluto obvia: i) las pautas generales de morbilidad, ii) el carácter crónico de las patologías, y iii) el tiempo de aparición de los problemas de salud.

Respecto a la morbilidad, puede postularse a priori tanto una prevalencia mórbida más elevada como inferior. Así, por un lado, los que sobreviven -antes fallecían- son previsiblemente los pacientes inframarginales: esto es, aquellos –por ejemplo- que con un buen tratamiento superan el ictus, las cardiopatía isquémica o una diabetes crónica. Pero, por otro lado, la prevalencia de enfermedades puede disminuir si alcanzar los 65 años con buen estado de salud resulta transversal o común a las distintas patologías. Por tanto, la morbilidad de quienes sobreviven tanto parece en principio que puede expansionarse como comprimirse.

Por otro lado, la supervivencia puede quedar vinculada a una mayor cronicidad (o la misma que antes, pero afectando a un mayor número de personas). La calidad de vida (ponderando por ejemplo por sus capacidades funcionales) que se puede disfrutar con el crecimiento de la esperanza de vida puede, por ello, resentirse. Y, finalmente, el tiempo de aparición de los factores anteriores (morbilidad y cronicidad) puede también tener efectos importantísimos. más supervivientes en la cohorte de los 85 años, pero con un retraso en la aparición de enfermedades como el Parkinson o el Alzheimer, ciertamente puede suponer un impacto importantísimo en la futura evolución del gasto sanitario.

En cualquier caso, la evidencia empírica disponible coincide en señalar que la mayor longevidad de las personas mayores no ha comportado, al menos en los últimos años, reducciones paralelas en el estado de salud medio de las mismas. Manton et al. (1997) han analizado cuál ha sido la evolución en los últimos años de los problemas de dependencia entre la población anciana de EE.UU. Así, puesto que la dependencia de las personas mayores suele estar motivada por el padecimiento de una o varias enfermedades crónicas, la evolución que haya experimentado la incidencia de esos problemas de dependencia a lo largo del tiempo, constituirá un reflejo de la evolución de las enfermedades crónicas que los provocan. Los resultados obtenidos por Manton et al. señalan una reducción en la tasa de prevalencia de problemas de dependencia del 1.5% anual entre 1982 y 1994, pudiendo ser interpretados como una evidencia indirecta de que el estado de salud medio de la población anciana norteamericana ha mejorado en los últimos años. Asimismo, Cutler y Sheiner (1998), tras analizar la evolución temporal entre la población mayor de otras medidas también relacionadas con el estado de salud, como puedan ser el número de días en cama o la auto percepción del estado de salud, encuentran evidencia de que, efectivamente, la salud media de la población anciana ha mejorado en EEUU durante las últimas dos décadas.

Por su parte, a partir de varias encuestas de “corte transversal” de nueve países desarrollados, Jacobzone et al.(1999) han estudiado cuál ha sido la evolución reciente de los problemas de dependencia en cada uno de ellos. Los autores, tras analizar toda la información disponible aplicando una metodología homogénea, concluyen que los países, atendiendo a la evolución registrada en sus tasas de dependencia, pueden ser clasificados en tres grupos: i/ aquellos en los que se aprecian reducciones significativas (Alemania, Francia, Japón, EE.UU., y, aunque menos intensas, Suecia), ii/ aquellos en los que no existen reducciones, o éstas son muy moderadas -produciéndose en unas cohortes de edad y en otras no- (Australia y el Reino Unido), y iii/ aquellos en los que no se aprecia ninguna tendencia clara (Canadá y Holanda).

Además del factor epidemiológico, como ya hemos señalado, el otro factor que determina el gasto sanitario total de un país en un año cualquiera es el coste medio de la asistencia que se proporciona a las distintas cohortes de individuos en función del estado de salud medio de cada una de ellas (o “factor asistencial”). A este respecto, existen algunos estudios que han empleado el gasto sanitario medio que efectúan las distintas cohortes de edad como *proxy* de dicho factor asistencial. De estos estudios, el de Cutler y Meara (1999) es el que abarca un periodo de tiempo más extenso (1953-1995). En dicho periodo, los autores constatan el fuerte crecimiento que, en términos reales, han experimentado los gastos sanitarios medios realizados por todas las cohortes de edad. Sin embargo, las tasas de variación anuales han sido muy superiores entre las cohortes de mayor edad. De hecho, al principio del periodo analizado, prácticamente no existían diferencias entre los distintos grupos de edad en cuanto al gasto medio realizado. No obstante, debido a la desigual evolución de los incrementos anuales anteriormente citada, al final del periodo los individuos de mayor edad (más de 85 años) gastaban 5 veces más que las personas que tenían entre 35 y 44 años. En suma, aunque el gasto sanitario de todas las cohortes había aumentado, éste lo había hecho de un modo más acusado entre las personas ancianas.

Así pues, a la vista de lo anterior, todo parece indicar que la prestación sanitaria real media constituye el factor que en mayor medida ha determinado el crecimiento del gasto sanitario observado durante los últimos años. Por ello, de cara al futuro, cabe seguir esperando este empuje de la prestación sanitaria real media sobre el gasto especialmente bajo dos escenarios: a) en ausencia de políticas de priorización explícita de prestaciones; y b) en supuestos en los que sean objeto de financiación pública tanto los extremos asistenciales objetivables con criterios de coste-efectividad como los subjetivos que tengan que ver con cuidado general, calidad o confort .

Finalmente, y aunque ya hemos señalado que resulta extremadamente difícil aislar la influencia de cada uno de los tres factores indicados (demográficos, epidemiológicos y asistenciales) sobre el gasto sanitario, sí parece detectarse una corriente de fondo en la que confluyen distintos elementos:

i/ un incremento en la utilización de los servicios sanitarios motivada fundamentalmente por las mejoras en los niveles de renta y educación de la población, y también por el efecto positivo de una mayor equidad en el acceso a dichos servicios;

ii/ unas mayores expectativas sociales sobre la capacidad resolutoria de los sistemas sanitarios (“todo es tratable”, lo que equivale a una mayor “medicalización social”), atribuibles sobre todo al desarrollo económico y social de los últimos años;

y iii/ la presión ejercida por los grupos corporativos sanitarios (profesionales, industrias de suministros, responsables políticos, etc.), los cuales concentran no pocos esfuerzos en la dirección de expandir las prestaciones sanitarias medias: reaparecen fuertemente las cuestiones de "cuidado", de medicamentos de estilo de vida ("viagras", "relenzas" ...), y una exigencia diagnóstica que se canaliza hacia equipamientos de alta tecnología, de acceso y sobreutilización que pueden guardar escasa relación con su efectividad clínica y coste mínimo por escala de producción.

Envejecimiento y priorización de la política social

¿Cuál es, en resumen, el balance de lo que está "comprando" ése 3% del PIB en gasto sanitario que dedicamos a nuestros mayores? Nuestra respuesta es que en este terreno el saldo es ligeramente favorable a los mayores por dos razones.

En primer lugar, porque en nuestro país la financiación del gasto sanitario público ha transitado por caminos en los que las necesarias políticas de racionalización han estado totalmente ausentes. No obstante, en caso de que éstas se aplicaran, tanto por razones de eficiencia como de equidad social, no hay duda de que la priorización tendería a penalizar al colectivo de personas de mayor edad. Así, desde el punto de vista de la eficiencia, esa penalización vendría motivada por el hecho de que las personas mayores tienen una menor capacidad de generar años de vida ajustados por calidad (AVACs) que las personas jóvenes. Por su parte, si la priorización hubiera de ser sensible a las nociones de equidad compartidas por la sociedad, no cabe duda de que, a igual ganancia en términos de AVACs, los mayores nunca deberían ser prioritarios frente a los jóvenes habida cuenta de que los primeros habrían disfrutado en mayor medida que los segundos de la alícuota de esperanza de vida que a toda persona corresponde vivir (Williams, 1997). No hace falta abrir ahora y aquí la argumentación acerca de ambos supuestos dado que, en la práctica, dicha discusión es una puerta cerrada que por sus implicaciones sociales, electorales, etc. los políticos no parece deseen abrir.

En segundo lugar, el sesgo a favor de los mayores de 65 años en nuestro gasto sanitario público es favorable en razón a que, como hemos señalado en otros trabajos (G. López, FEDEA, 2000), España tiene un gasto público no menor al que corresponde a nuestro nivel de desarrollo, bien contabilizado en los términos de comparación (muestras internacionales de sistemas sanitarios públicos, tipo *National Health Service*, y ajustado por la elasticidad renta con la que evoluciona el gasto sanitario). A su vez en la financiación de este, los mayores soportan menos que la media los (escasos) copagos existentes. A ello podemos añadir la consideración general relativa al gasto en pensiones como eje del gasto social en el sentido de que éste tiende, de acuerdo con diferentes estándares, a ser relativamente favorable a nuestras personas mayores, a la vista de parámetros tales como la relación entre pensión y salario sustituido, entre renta media de los pensionistas y renta media general de la economía o las propias tasas internas de rendimiento relativamente altas -y favorables en todo caso a las generaciones de pensionistas actuales muy por encima de las generaciones futuras, avalaría dicho diagnóstico. Nótese que éste puede ser el caso pese a que las cuantías absolutas de las pensiones aún continúen siendo bajas (del mismo modo que quizás sea discutible su balance entre sus distintas modalidades -vida/viudedad/orfandad-), comparando mal con países europeos de nuestro entorno.

En todo caso, resulta importante no olvidar que las comparaciones anteriores se han realizado considerando siempre los niveles de desarrollo de España. Visto desde esta óptica, en su participación dentro del total del gasto público, el gasto social español sólo se sitúa por debajo del de Italia; asimismo, de acuerdo con su participación en renta, sólo Francia y Alemania se sitúan por encima de nuestros niveles (con una cifra un 20% superior).

A este respecto, quizás convenga remarcar los resultados de Gruber y Wise (2001) que, tras analizar una muestra comparativa cercana de países, concluyen:

i/ que el crecimiento del gasto social ha tendido a presionar al conjunto del gasto público, en un proceso de sustitución o 'crowding-out' que afecta al 42% del total (el 58% restante sería incremento neto),

y ii/ que la elasticidad del aumento de un punto porcentual en el peso relativo de la población mayor de 65 años supone un crecimiento de gasto social ligado al envejecimiento del 0.47. Cifras todas ellas que muestran que para los países analizados, se ha producido en etapas pasadas una relativa sostenibilidad de dichos crecimientos del gasto social en el conjunto de las finanzas públicas.

En el plano político, todo apunta, sin embargo, que el aumento del peso de la población mayor de 65 años va a otorgar a este grupo un elemento de pre-eminencia en los procesos de elección social. Así pues, es poco probable que los partidos políticos con vocación de gobierno, ante el "voto decisivo" de las personas mayores, resistan las presiones en favor de crecimientos lineales en las distintas partidas de gasto social directamente relacionadas con el envejecimiento. Además, la "unidimensionalidad" del voto de nuestros mayores, con un vector de preferencias sociales menos diverso que el del resto de votantes, les permite aparecer como un grupo altamente cohesionado y, de ese modo, hacer valer su peso entre el electorado.

A este respecto, conviene señalar que la relación entre pobreza y vejez, considerada globalmente, tiende a ser tenue en los países desarrollados. En general, los mayores tienen poca renta relativa (su pensión y unos pocos ahorros), pero vivienda en propiedad (sustitutiva de los gastos de alquiler) y unas necesidades de gasto primarias (educación, salud, transporte...) menores a la media, por lo que en términos reales sus ingresos les capacitan en mayor medida que a otros sectores de la población: familias monoparentales, desestructuradas, jóvenes que nunca han podido acceder al mercado de trabajo, exclusión social en las grandes conurbaciones urbanas (paro de larga duración entre personas de más de 40 años), etc., entre los que sí encontramos el espectro más duro de la pobreza española.

Dada la predicción global de un crecimiento de un 50% en el gasto social derivado de la perspectiva de envejecimiento demográfico, no es rechazable que incluso dicha predicción haya de revisarse al alza en la medida que desaparezcan los efectos de sustitución del gasto social en el conjunto del gasto público anteriormente comentados. Por todo ello, resulta necesario, como apuntábamos al principio, asegurar un balance correcto entre prestaciones económicas y en especie, entre gasto sanitario y socio-sanitario, y entre financiación pública y privada.

Por lo demás, el importante crecimiento en la financiación privada de pensiones complementarias (con más de 3.5 millones de partícipes y un patrimonio cercano al 5% del PIB), así como el desarrollo del mercado de seguros vitalicios, deberían poder ayudar a descomprimir los crecimientos futuros de pensiones; no tanto, o no tan sólo, para ayudar a desacelerar la presión sobre la financiación pública del gasto en pensiones, sino para dejar hueco también a nuevas modalidades de gasto social que irán en aumento, siendo quizás la más importante la referida a los cuidados de larga duración. A este respecto, una actuación pública selectiva, que se preocupe sobre todo de ayudar a las capas de población sin capacidad material de satisfacer dichos cuidados ante niveles de dependencia importantes, exigirá un ajuste de partidas mejor orientadas al bienestar del colectivo de nuestros mayores.

III.- Envejecimiento y gasto social: Una perspectiva poliédrica

Un primer rasgo destacado por la literatura reciente estriba en identificar factores institucionales y no estructurales detrás del incremento del gasto sanitario vinculado al envejecimiento. En este sentido, el aumento se debería en mayor medida a que los mayores utilizan con menos restricciones los servicios sanitarios (al ser menores sus costes de oportunidad de tiempo de espera, por ejemplo) y al menor copago soportado (de medicamentos en el caso español). Asimismo encontramos asociado al momento previo a la muerte de un individuo una cultura particularmente intensiva en tratamiento y poco ‘paliativa’. Ambos hechos son institucionales, no estructurales. De modo que una variación en la óptica del abordaje de la pluripatología de nuestros mayores, o una corrección al falso supuesto de equidad, por el que ser mayor se asocia a ser pobre, podría por sí mismo atenuar el impacto del envejecimiento en la financiación pública del gasto sanitario.

A este respecto, un test muy simple es, por ejemplo, el realizado por Evans et al (2001) en Canadá, o el de Gornemann y Zunzunegui (2001) para nuestro país. En concreto, partiendo de las tasas de hospitalización por grupos de edad en dos momentos diferentes del tiempo, se aplican los valores de la primera de las referencias temporales a la nueva estructura etaria del período más reciente. Esto supone la aplicación de un ‘*caeteris paribus*’ en oferta y utilización sanitaria en los dos momentos del tiempo, aceptando, sin embargo, una estructura poblacional más envejecida. La cifra proyectada se compara así con la observada y se atribuye la diferencia al factor demográfico y, residualmente, al incremento supuesto ya sea de demanda (mayor morbilidad), ya sea de oferta (mayor prestación real media –diagnóstica y terapéutica- de servicios). No sorprende que el último de los factores (prestación real media) predomine, aún aceptando que la rectangulación de la curva de morbilidades para cada nivel de supervivencia esté por debajo que la observada para las tasas de mortalidad. Este resultado de mayor utilización per per de las cohortes envejecidas, que por otro lado es similar al observado en el análisis de la variación en el gasto sanitario de la población en su conjunto, parece lógico: las personas mayores constituyen un colectivo que ve redimidas en todo o en parte sus contribuciones monetarias y en especie (tiempo) a la financiación del gasto, lo cual tiende a aumentar la utilización que de los servicios sanitarios públicos dichas personas realizan.

En realidad, una información más precisa requeriría comparar la curva de morbilidad por cohortes de edad en dos momentos diferentes del tiempo para comprobar si la disminución en la mortalidad se ha visto o no acompañada de un incremento de morbilidad específica a cada edad, y si, en particular, lo que acontece en los seis meses previos al fallecimiento (cesta real de prestaciones) ha variado substancialmente entre los dos períodos, sin efecto alguno (por definición!!), en la probabilidad de *exitus* o en la calidad de vida de los enfermos terminales. En este sentido, conviene ser escéptico acerca de las ventajas de ‘intensificar’ la cesta de cuidados asistenciales en la etapa final de la vida de un paciente. Así, parece existir evidencia (Gómez-Batista, 2000) para afirmar que el estado funcional y calidad de vida no es mayor para los pacientes geriátricos ingresados en unidades de cuidados intensivos hospitalarios frente a otros

tratamientos paliativos o tradicionales, generadores de un menor deterioro funcional que las primeras.¹

En cualquier caso, como ya hemos señalado anteriormente, conviene recordar que los costes sanitarios medios por edad suben tanto con la edad como con la proximidad al *exitus*. Así, con el envejecimiento relativo, más población se sitúa en este último trance. Este último factor, más que el primero, parece justificar proyecciones más pesimistas sobre el impacto del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario. Esta última parece ser la explicación encontrada por Miller (2001) para el caso de Medicare en EE.UU. El indicador alternativo al ‘coste por edad’ para el cómputo de proyecciones es para dicho autor el ‘tiempo (años restantes) hasta la muerte’. Ello permite contraponer la perspectiva de la cohorte etaria, por la cual aumentos en la longevidad puede esperarse postpongan los costes sanitarios, con la perspectiva de período temporal, en la que son descensos en mortalidad específicos por grupos de edad lo que hace que puedan esperarse disminuciones en costes sanitarios específicos por edad (en razón a que el descenso de mortalidad reduce la proporción de usuarios de coste elevado, esto es, aquellos más próximos a la muerte). Para Miller, los ahorros hipotéticos en costes sanitarios debidos al retraso en morbilidad no son sin embargo suficientes para compensar el empuje sobre el gasto debido al envejecimiento demográfico.

En general, diferentes resultados cualitativos en países occidentales desarrollados apuntan a que la prevalencia de enfermedades en dichas sociedades ha aumentado, pero también la calidad de vida condicionada a la enfermedad (OCDE, 2002). Los cambios en la prevalencia de las condiciones médicas no ha contribuido pues al descenso observado en discapacidad, pero la mejora en discapacidad dada la presencia de tratamientos para las condiciones médicas graves parece explicar buena parte de dicho descenso: los individuos tienden a tener un mejor estado de salud en el sentido de un menor grado de discapacidad, incluso estando parcialmente más enfermos, habida cuenta de que su condición está ‘medicalizada’ en mayor medida.

La sintomatología del envejecimiento

El envejecimiento se asocia comúnmente a contingencias de salud diversas. Los síntomas clínicos y problemas funcionales son mayores, con condiciones médicas múltiples, concurrentes y acumulativas, y mucho más vinculadas al entorno físico y social del que dependen (soledad, existencia de familiares supervivientes, frío, condiciones de movilidad...). Finalmente, los problemas cognitivos y mentales son más comunes, especialmente entre los mayores ancianos, que suelen generar una más frecuente carencia de apoyo social, capacidad de autocuidado, necesidad de supervisión estructurada e institucionalización.

No deja de resultar intrigante la afirmación de que si cada década en la última mitad de siglo ha añadido en términos medios un año a la esperanza de vida de la población, cual ha sido el impacto de dicho fenómeno en términos reales en el gasto sanitario. Nótese que por un lado, ello ha situado a un mayor número de población en cada cohorte de edad (al menos hasta el punto en que la baja de la fertilidad ha impactado en su

¹ Ello se puede deber a la aparición de complicaciones no relacionadas con el problema que ha provocado el ingreso (inmovilización, reducción del volumen plasmático, privación sensorial, pérdida de masa ósea..).

reducción, realizada la transición de los *baby boomers*). Como ambos factores han influido en el incremento del envejecimiento relativo, su separación parece oportuna. Por otro lado, y como consecuencia, ello ha supuesto posponer el número de muertes que de otro modo se acumulaban en un estadio anterior al resultante del incremento en la esperanza de vida (se han muerto menos, *caeteris paribus*, durante una determinada etapa). Dicho segundo factor, siendo el más relevante en su incidencia en el gasto sanitario según la literatura reciente (la proximidad a la muerte es lo que acelera el gasto), debiera de haber afectado negativamente en el incremento del gasto, mientras el primero de los factores, relativamente de impacto menor, aún aumentando el gasto, debiera de menos que compensar el anterior. De hecho, Levinsky y otros (2001) incluso han mostrado como los gastos médicos (Medicare, EE.UU.) del último año de la vida de un individuo disminuyen con el incremento de la edad, en particular para mayores de 85 años y en razón a un decremento relativo de la agresividad de los tratamientos médicos.

La resolución de dicho conflicto requiere datos longitudinales, de los que no disponemos en nuestro país. De hecho, las proyecciones realizadas (Herce y Alonso, 1998, entre otros) han consistido en proyectar niveles de utilización hoy observados (gasto por edad) en estimaciones demográficas (cantidad de población en cada grupo). Dicho cómputo resulta cuestionable por distintas razones: a) en hospitalización, se valora la utilización vía estancias realizadas por grupos de edad o cuantía de altas, considerando todas las causas (cuando de hecho el *mix* pluripatológico es cambiante), a idéntico coste medio cada una de ellas (cuando sabemos que éste no es el caso visto el diferencial del coste por tipo de enfermedad y en la dicotomía cuidar/curar dada la evolución tecnológica específica a dichos casos) y, en el primer supuesto (estancias), asumiendo nula variación en la estancia media; b) en atención primaria, lo que se conoce en cuanto utilización por grupos de edad se deriva, a falta de un buen sistema de información propio, de la encuesta de salud que para períodos más o menos quinquenales recupera por edad y sexo si han hecho o no uso de los servicios en los últimos quince días, sin distinción alguna por tipo de visitas (episodio, complejidad, reiteración...) y, por supuesto, sin información de coste (otra que no sea la de dividir el gasto medio, excluida la farmacia, por el número de visitas total); c) en cuanto a la importante partida del gasto farmacéutico, se conoce tan sólo el corte pensionista/ no pensionista (categoría en sí misma diferente a la de la edad), y sin gradación alguna dentro de dicha categoría.

De hecho, un buen *test* requeriría datos longitudinales, que no se disponen al relacionarse poco los sistemas de salud con la idea consustancial de aseguramiento, que sí suele incorporar datos individuales a lo largo de toda su vida (Zweifel y otros, 1999). Donde dicha descomposición ha sido posible (Cutler y Meara, 1999) con datos longitudinales e información de costes por patología, parece que las razones asociadas al incremento en el gasto de los ancianos tiene más que ver con el aumento en la utilización de servicios post-agudos, tales como asistencia geriátrica residencial y domiciliaria de enfermería cualificada, que al gasto sanitario *per se*. Al menos para el período comprendido entre 1987 en adelante. Claro que este puede ser el caso particular de EE.UU. y de Medicare, con lo que de nuevo son rasgos institucionales, más que estructurales, los que determinan la evolución de dicho gasto y, en particular, el nivel de discapacidades de los ancianos. Como consecuencia, el alcance de la vejez en un estado saludable y con menor discapacidad descomprimiría de modo importante el incremento esperado [Spillman y otros (2000); Fries (1983)], se asociaría con una mayor calidad de

vida (más allá de la más lata supervivencia), y quizás también con una mayor disposición a pagar, tratándose de aspectos vinculables a una elasticidad renta superior a la unidad -entre 1.14 y 1.21 en las estimaciones de Freund y Smeeding (2002)-.

Fuchs (1999), sin embargo, parece asociar al envejecimiento una mayor frecuentación, vista la evolución de los tratamientos y los procesos diagnósticos en el tiempo. Al menos a partir de la evidencia de determinados procesos cardiológicos, vasculares, angioplásticos o protésicos entre 1987 y 1995, con crecimientos reales que multiplican entre un 50 y un 500% los años base de referencia en distintos grupos de edad por encima de los 65 años. Dicha mayor utilización de servicios, también a criterio de Fuchs, podría exigir un incremento relativo superior de la financiación privada, por lo que la evolución de la financiación pública del crecimiento del gasto quedaría muy vinculada a cuestiones tales como la evolución del patrimonio personal y de la renta (pensiones)².

Acerca de la sanitarización de los problemas del envejecimiento.

Sea o no finalmente el envejecimiento una “bomba de relojería” sobre el estado del bienestar (más beneficiarios accediendo a unas políticas sociales pensadas para otros contextos y circunstancias demográficas, y menos trabajadores contribuyendo de hecho a su financiación, en razón de la transición demográfica y el avance efectivo en la edad de jubilación), lo cierto es que algunos factores resultan incontrovertibles. Por un lado, aparecerá una reorientación de la demanda de servicios hoteleros por el simple hecho de una mayor probabilidad de supervivientes ‘solos’ y una relativa desaparición de las estructuras familiares tradicionales. Dicho componente resultaría en principio independiente de las discapacidades y las complejidades de las patologías a las que se asocia el envejecimiento. La dependencia tiene que ver con la capacidad de autocuidado, y se plantea más como necesidad (de realizar las actividades básicas de la vida diaria) que como preferencia. Finalmente, la gravedad de las patologías médicas abre en mayor medida un horizonte sanitario vinculable a las mayores tasas de prevalencia mórbida de los infra marginales y ahora supervivientes. Nótese, por tanto, que se tratan de tres fenómenos aislables: hotelero con mayor vinculación a procesos de disposición a pagar, y substitutivos en todo caso de un gasto privado hasta el momento asumido por el propio individuo; de cuidados de dependencia, como fenómeno nuevo hasta el momento mal resuelto (sin aseguramiento explícito) o resuelto de manera informal por parte de las familias y la disposición asistemática a pagar más o menos subvencionada públicamente; y el sanitario, en buena parte (aunque quizás no toda, de ahí la importancia del catálogo de prestaciones y las carteras de servicios) cubierta con criterios universales públicos.

Todo ello implica una racionalidad diferente para cada una de las parcelas, por lo que no parece lógica una respuesta única y uniforme por parte de una de ellas. Ciertamente

² Nótese que a estos efectos las rentas derivadas del trabajo de los mayores de 65 años no superan una cuarta parte del total de los ingresos personales en EE.UU., y que la mayor desigualdad en renta tiene más que ver con niveles de riqueza acumulada (y así con relación a la decisión consumir-ahorrar) que con el distinto perfil de ingresos previo a la jubilación. Y con el añadido de que el cambio (revalorización más elevada) en los valores patrimoniales (precios de las viviendas) con respecto a los salariales, inciden particularmente en los mayores para los que la composición de los primeros pesa más que los segundos en sus cestas patrimoniales. En efecto, en EEUU el 80% de los ancianos son propietarios de sus viviendas, la necesidad de compra de bienes duraderos es relativamente menor y los costes de alimentación son relativamente los que menor crecimiento relativo han registrado.

una de dichas respuestas sería la globalización de la prestación sociosanitaria en los tres aspectos de la mano del aseguramiento. Esta es a nuestro entender una respuesta errónea, tanto por la complejidad a nivel teórico de un aseguramiento voluntario de las anteriores características, como ‘de facto’ a la vista de la capacidad gestora real de nuestro sector asegurador. Otra respuesta podría consistir en la “sanitarización” completa del problema anterior por la vía de extender el dispositivo sanitario existente, con su manera de proveer y responsabilidades públicas tradicionales a los tres ámbitos comentados. Algunos partidos parecen ya haberse pronunciado a favor de esta respuesta, supuestamente legitimable bajo la idea de ‘lo malo conocido que lo bueno por conocer’: uniformismo y universalización poco selectiva y tranquilizadora de los problemas políticos de corto plazo. Ello de nuevo se nos antoja erróneo al tratar de manera idéntica situaciones diversas.

El dispositivo asistencial (sanitario público principalmente) puede que algunos lo consideren como algo ya dado, con recursos excedentes incluso -habida cuenta, entre otros factores, la reducción en la estancia media en hospitales de agudos. Si éste fuera el caso (costes hundidos), la exclusiva consideración de aquéllos como costes marginales llevaría a reconducir la presión sociosanitaria al ámbito sanitario. Claro está, la confusión estriba aquí en no interpretar la cuestión de los costes marginales como un referente tan sólo de corto plazo, lo que llevaría a proyectar hacia el futuro un dispositivo asistencial ineficiente (de costes medios elevados y outputs posiblemente inadecuados). Dominaría por lo demás en este caso una respuesta corporativa sobre a quién pueda corresponder esta nueva parte del pastel en la actividad asistencial pública (primaristas, gerontólogos, cuidados de enfermería, fisioterapeutas...) y en los casos en los que la concertación de la actividad asistencial a terceros abunde, ello justificaría un nuevo pago ‘por actividad’, una línea de negocio más para el dispositivo existente ‘a amortizar’. De nuevo una respuesta equivocada en un ámbito que requiere un *mix* distinto al sanitario tanto en cuidados asistenciales (más paliativos) como en responsabilidades públicas y privadas (quién financia qué). *Mix* que debiera de favorecer la coordinación y el mejor balance asistencial en cada caso, y no una simple integración vertical de servicios, así como una regulación de cobertura aseguradora más que un incentivo al libre consumo de unos cuidados difícilmente limitables y que se facturan al conjunto de la población.

Al contrario, entender la distinta racionalidad implícita a las tres parcelas comentadas exige separar en la medida de lo posible lo sanitario (más acotable en financiación pública con criterios de coste-efectividad) de lo sociosanitario (un grifo que si se abre con cargo al presupuesto público puede ser muy difícil de cerrar y costoso de ‘no cerrar’), y buscar sistemas de financiación que incentiven a la responsabilización del conjunto: esto es, *brokers* de información y de gestión de casos y procesos que mantengan una visión amplia sobre el conjunto, con capacidad de actuación selectiva – esto es, priorización, de ‘decir no’-, que aconsejaría mantenerlo lejos del núcleo duro de la acción política.

Algunas consideraciones adicionales

En primer lugar, resulta claro que si la mortalidad está algo asociada a la situación económica o profesional, en el sentido de mayor mortalidad para clases sociales inferiores, es normal detectar entre el colectivo de mayores de 65 años una menor desigualdad que la media en la mortalidad relativa por todas las causas y el grado de empleo.

En segundo lugar, si la pensión tiene un componente más homogéneo (de menor varianza, dado el juego de pensión no contributiva, límites mínimo-máximos de la contributiva, indiciación, etc.) que el resto de rentas (patrimoniales y financieras), la aplicación de pruebas de medios en supuestas políticas selectivas basadas tan sólo en las primeras sin duda harían escasamente justicia a las distintas situaciones personales en el momento de acceso a determinados servicios.

Conviene, en tercer lugar, no perder de vista el crecimiento de la retribución media de los ocupados con respecto del aumento en pensiones (o a través de su proxy: análisis de las variaciones en el % de cobertura del salario de reposición). Con la addenda del cambio en los valores patrimoniales (precios de las viviendas) con respecto a los salariales, incidiendo particularmente en los mayores para los que la composición de los primeros pesa más que los segundos en sus cestas patrimoniales.

En cuarto lugar, cabe destacar cuál es la importancia de la salud a lo largo de la vida de una persona en las decisiones, pautas y preferencias para la jubilación Y así, cómo se traducen las reducciones específicas a las cohortes etarias en las tasas de discapacidad en el aumento del número y duración de la participación laboral³?

Finalmente, conviene remarcar el impacto que tiene la salud, en su asociación con el envejecimiento, sobre las estructuras familiares (en la productividad y rentas familiares, en las previsiones de ahorro, en la necesidad de establecerse como cuidadores,...), en la educación y en la riqueza.

IV.- Resumen y conclusiones

Reconocida a lo largo del presente texto la importante relación entre envejecimiento y gasto sanitario, sin embargo conviene distinguir a efectos de su proyección futura tres tipos de factores diferentes, cada uno de ellos con su propia racionalidad y dinámica de evolución.

En primer lugar, resulta obvio el impacto sobre el gasto sanitario del factor demográfico, en sí mismo considerado. Su efecto, como acabamos de comentar, se refleja tanto en la cuantía absoluta como -y sobre todo- en su composición.

En segundo lugar, hace falta identificar el factor epidemiológico, lo que no resulta ya tan sencillo dado que ellos incluye, a) la morbilidad, b) su cronicidad, y c) el tiempo de aparición. Por un lado, puede postularse tanto una prevalencia mórbida más elevada (los que sobreviven -antes fallecía- son los inframarginales: esto es los que con un buen tratamiento superan el ictus, las cardiopatía isquémica o su diabetes crónica) como inferior (alcanzar los 65 años con buen estado de salud es transversal a las patologías). Por tanto, la morbilidad de quienes sobreviven tanto parece en principio que puede expansionarse como comprimirse. Por otro lado, la supervivencia puede quedar vinculada a una mayor cronicidad (o la misma que antes, pero afectando a un mayor número de personas). La validez de vida que se puede disfrutar con el crecimiento de la

³ Véase National Research Council (2001) *Preparing for an Aging World* National Academy Press. Washington.

esperanza de vida, ponderado por sus capacidades funcionales puede, por ello, resentirse. Y finalmente el tiempo de aparición de los factores anteriores morbilidad/cronicidad, puede también tener efectos importantísimos. Más supervivientes al coste de los 85 años pero con un retraso en la aparición de enfermedades como Parkinson o Alzheimer, ciertamente va a tener su impacto en la futura evolución del gasto sanitario.

En tercer y último lugar, cabe identificar por su incidencia en el coste los factores asistenciales que se conjugan en la prestación sanitaria real media, dentro del binomio asistencial ante 'curar' y 'cuidar'. Todo indica en este punto por distintos estudios (véase López y Casado, 1998 al respecto), a que la prestación sanitaria real media constituye el factor más importante presente y posiblemente futuro, de crecimiento del gasto sanitario. Una población más envejecida sesga al alza la utilización poblacional media y se responde desde la asistencia sanitaria con una oferta asistencial más completa: técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dicho empuje en la prestación sanitaria real media, efectiva, en el punto de acceso, en cada frecuentación o contacto con el dispositivo asistencial, ha empujado y previsiblemente empujará el gasto sanitario especialmente en dos escenarios: en ausencia de priorización social, y en supuestos en los que sean objeto de financiación pública tanto los extremos asistenciales objetivables con criterios de coste-efectividad como los subjetivos que tengan que ver con cuidado general, calidad o confort y límite difuso entre lo asistencial sanitario y lo social o socio-sanitario.

Aunque como hemos dicho resulta extremadamente difícil aislar cada uno de los tres factores indicados (demográficos, epidemiológicos y asistenciales), con lo que el supuesto de proyección "*caeteris paribus*" ("todo lo demás constante") resulta espúreo en este contexto, se detecta una corriente de fondo por lo que educación y renta lideran utilización, así como viene igualmente afectada en sentido positivo por la mayor equidad de acceso; el desarrollo social lleva aparejadas unas expectativas sociales más elevadas sobre la capacidad disolutiva de los sistemas sanitarios ("todo es tratable" lo que equivale a una mayor "medicalización social") y la presión de los grupos corporativos sanitarios (profesionales, de la industria de suministros, colectivos políticos, etc.) concentra una gran intensidad de fuerzas en la dirección de expandir las prestaciones sanitarias medias: reaparecen fuertemente las cuestiones de "cuidado", de medicamentos de estilo de vida ("viagras", "relenzas", ...) y una exigencia diagnóstica que se canaliza hacia equipamientos de alta tecnología, de acceso y sobreutilización con independencia de su efectividad y su coste mínimo por escala de producción.

Un punto que conviene reconocer como crucial, aunque de tratamiento complejo, es el relativo a la interacción entre edad y morbilidad: las mismas condiciones, afectando a personas con mayores edades ¿provocaría una mayor mortalidad esperada?. La evidencia internacional apunta, por el momento, que una longevidad más alta se ha acompañado sin reducciones paralelas en los estados de salud incrementales. Desde un punto de vista individual, de ciclo vital, la mayor longevidad en términos medios sin duda parece "valer la pena". Pero para concluir en igual sentido año a año, en el tramo de vida incrementado, se necesitan posiblemente más estudios a los que hoy disponemos.

La evolución futura del gasto sanitario a impulso del envejecimiento demográfico es, técnicamente, una incógnita. Así, aunque sabemos cuáles son los principales factores que determinarán dicha evolución, el comportamiento futuro de uno y otro depende de múltiples variables, y la evolución de éstas resulta difícil de predecir. En el caso del factor epidemiológico, su evolución vendrá marcada por la intensidad con que sigan dejando sentir sus efectos las variables que han marcado en estos últimos años las mejoras registradas tanto en las tasas de mortalidad como en la salud de la población superviviente (adopción de estilos de vida más saludables, mayores niveles de renta...). En cuanto al factor asistencial, como ya hemos señalado anteriormente, su comportamiento futuro dependerá de cómo los sistemas sanitarios de los distintos países aborden la organización de sus servicios y, más concretamente, de cómo gestionen no sólo los nuevos tratamientos médicos que aparezcan en el futuro, sino también las alternativas asistenciales ya existentes hoy en día.

En nuestra opinión, sin embargo, se puede anticipar un crecimiento muy importante. En el componente epidemiológico aparece como factor nuevo y relevante en los estilos de vida occidentales la creciente obesidad. La obesidad de la población va a plantear múltiples problemas con especial incidencia en la vejez, en paralelo a los avances sanitarios en la mortalidad isquémica evitable. En el componente asistencial, no intuimos variación tecnológica alguna relativamente reductora de costes (no unitarios, de input o actividad), sino en el tratamiento completo, diagnóstico y terapéutico de las enfermedades. Enfermedades por lo demás que se han tendido a ‘sanitarizar’, pese a sus distintas raíces sociales, y a socializar en la asunción de costes individuales. Cuando el cuidar predomina sobre el curar (ni que sea por el distinto impacto de los rendimientos marginales decrecientes en los tratamientos objetivamente coste-efectivos) y los elementos de valoración individual o utilitarismo predominan sobre los colectivos ‘objetivables’, no anticipamos reconducción alguna de los crecimientos relativos observados en el gasto sanitario, habida cuenta de la especial incidencia de los factores anteriores en los colectivos más envejecidos. Valga en todo caso nuestra valoración remitida a un supuesto ‘cultural’, *caeteris paribus*. Cambios dramáticos, por ejemplo, en la libre disposición de la vida en situaciones de deterioro funcional y cognitivo incurable pueden obviamente torcer el panorama anterior.

En cualquier caso, la evolución futura del gasto sanitario dependerá, en un sistema sanitario con fuerte predominio de la financiación pública como el nuestro, de factores endógenos en razón al camino que tome nuestra política social, tanto por la cuantía global de los recursos destinados a los servicios sociosanitarios como el modo en que se organizan éstos. Son el resultado de procesos de elección colectiva y, por tanto, susceptibles de ser variados a lo largo del tiempo. Todo ello hace que sea menos propio hablar de una potencial bancarrota financiera del sistema debido al envejecimiento demográfico que se avecina en la sociedad española del siglo XXI, como de la necesidad de reorientar un sistema social pensado para una circunstancias pretéritas, bastantes diferentes a las actuales.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso J y Herce JA.(1998) El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas de futuro. *FEDEA 1998; Documento de trabajo 98-01*.

Barer ML, Evans RG, Hertzman C. (1995) Avalanche or glacier?: health care and the demographic rhetoric. *Canadian Journal on aging 1995; 14(2):193-224*.

Blanco A y De Bustos A (1996). *El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y Previsiones hasta el año 2000*. Secretaría de Estado de Hacienda 1996; Documento de trabajo, abril 96003.

Casado D (2001): “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”. *Gaceta Sanitaria, 15 (2): 154-163*.

Casado D y G. López (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Barcelona: Fundación “La Caixa”

Centro de Investigaciones Sociológicas (1997, 1998): *Encuesta Nacional de Salud. Fichero de microdatos*. Madrid: CIS.

Cutler D y Meara E. (1999) The concentration of medical spending: an update. *NBER 1999; Working Paper n° 7279*.

Cutler D y Sheiner L. (1998) Managed Care and the growth of medical expenditures. In: Alan Garber, ed. *Frontiers in health policy research*. Cambridge, MA: MIT Press; 1998, Cap. 3.

Cutler D y Sheiner L. (1998) Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects. *NBER 1998; Working Paper n° 6866*.

Cutler D y Meara E. (1997) The medical costs of the young and the old: a forty year perspective. *NBER 1997; Working Paper n° 6114*.

Evans RG. (1985) Illusion of necessity: evading responsibility for choice in health care. *Journal of Health, Policy and Law 1985; 10:439-67*.

Fuchs V. (1999) Health care for the elderly: How much? Who will pay for it?. *Health Affairs 1999; 18 (1):11-21*.

Fernández Cordón JA. (1998) Proyección de la población española. *FEDEA 1998; Documento de trabajo 98-11*.

Fries JF. (1983) The compression of morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 61:397-419*.

Getzen TE. (1992) Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology; 47: 98-104*.

Gruber J y Wise D (2001): "An international perspective on policies for an aging society". NBER, Working Paper nº 8103.

Guralnik JM, LaCroix AZ, Branch LG, Kasl SV, Wallace RB.(1991) Morbidity and disability in older persons in the years prior to death. *American Journal of Public Health*; 81(4):443-7.

Imsero (2001). *Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Imsero.

Iturria JA y Márquez S (1998) "Servicios sanitarios y sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización". *Rev Esp Salud Pública*, nº 71: 281-291.

Jacobzone S (1999): "Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives". OECD: *Labour market and Social. Occasional papers n° 38*.

Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. (1999) The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?. OECD; *Labor Market and Social Policy. Ocasional Paper n° 37*.

López Casanovas G y Casado D. (1998) La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal. *Presupuesto y Gasto Público*; 20/1996: 123-152.

Lubitz JD y Riley GF. Population aging and the growth of health expenditures (1992). *Journal of Gerontology and Social Sciences Suppl.* 47:S98-S104.

Manton KG. (1991) The dynamics of population aging: demography and policy analysis. *The Milbank Quarterly*; 69(2): 309-338.

Manton, K.G., Corder, E., Stallard, E. (1997): "Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994". *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1997; Vol. 94: 2593-2598.

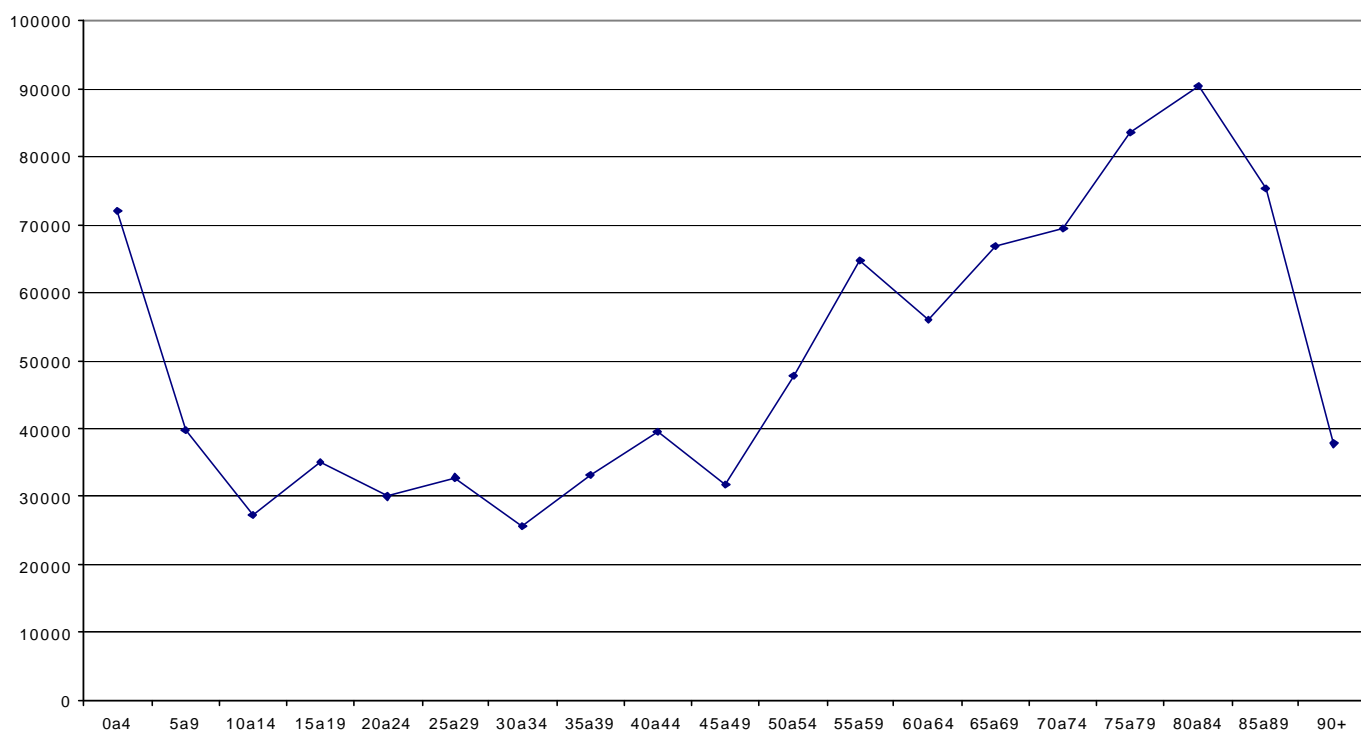
Oterino D et al. (1994): "Impacto de la edad en el uso innecesario de la hospitalización". *V Conference Internationale SYSTED 94* (Ginebra, 1994).

Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergman H, Béland F.(1998) Sistema de servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Quebec: la experiencia SIPA. *Atención Primaria*; 21:405-412.

Urbanos, R. (2002): "Proyecciones de gasto sanitario para España". Grupo de trabajo de Envejecimiento, UCM, mimeo. Pendiente de publicación Ministerio de Sanidad y Consumo.

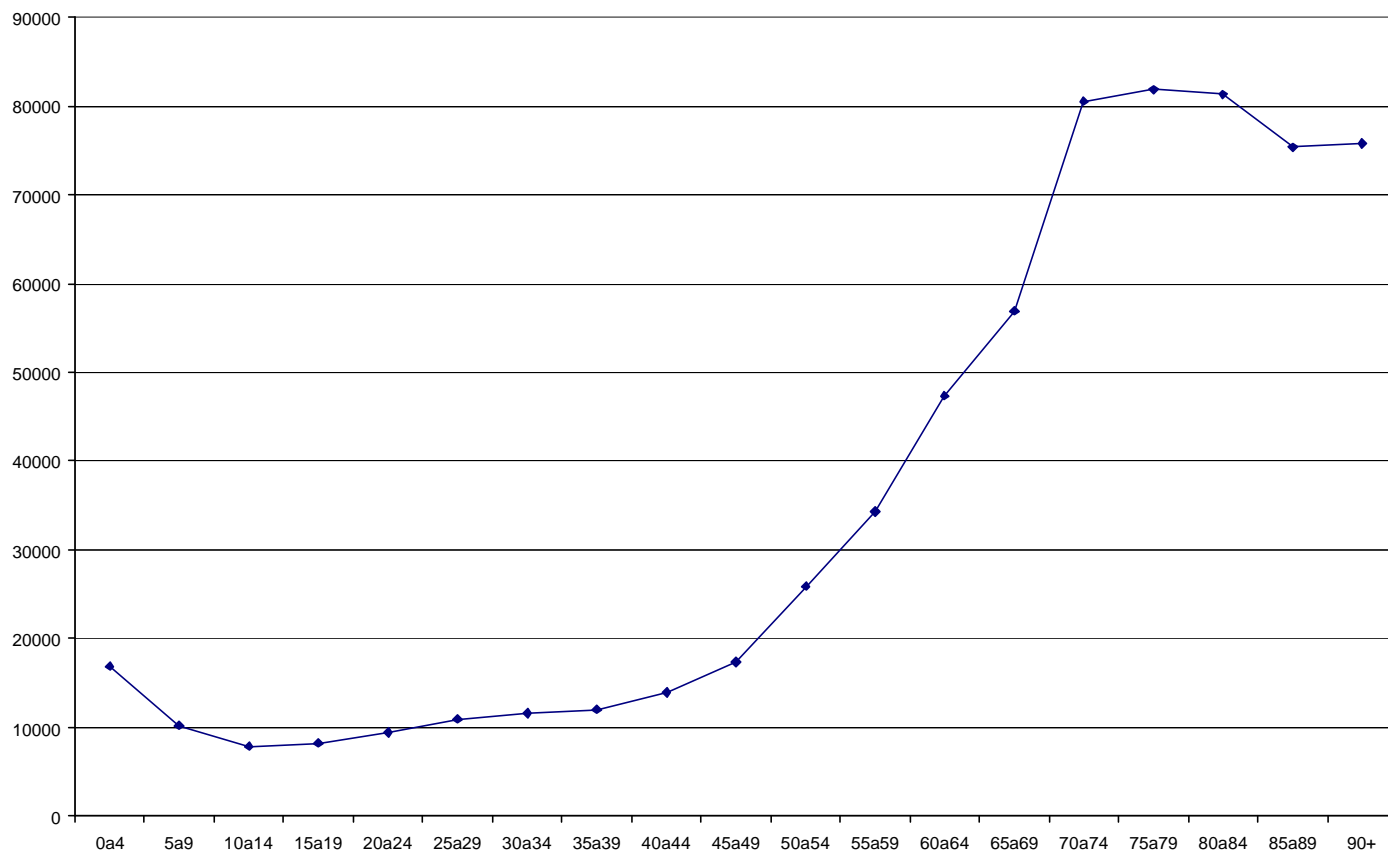
Zweifel P, Elder S, Meiers M. (1999) Aging of population and health care expenditure: a red herring?. *Health Economics*; 8:485-496.

Gráfico 1. PERFIL DE GASTO EN SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS. AMBOS SEXOS (PESETAS PER CAPITA 1998)



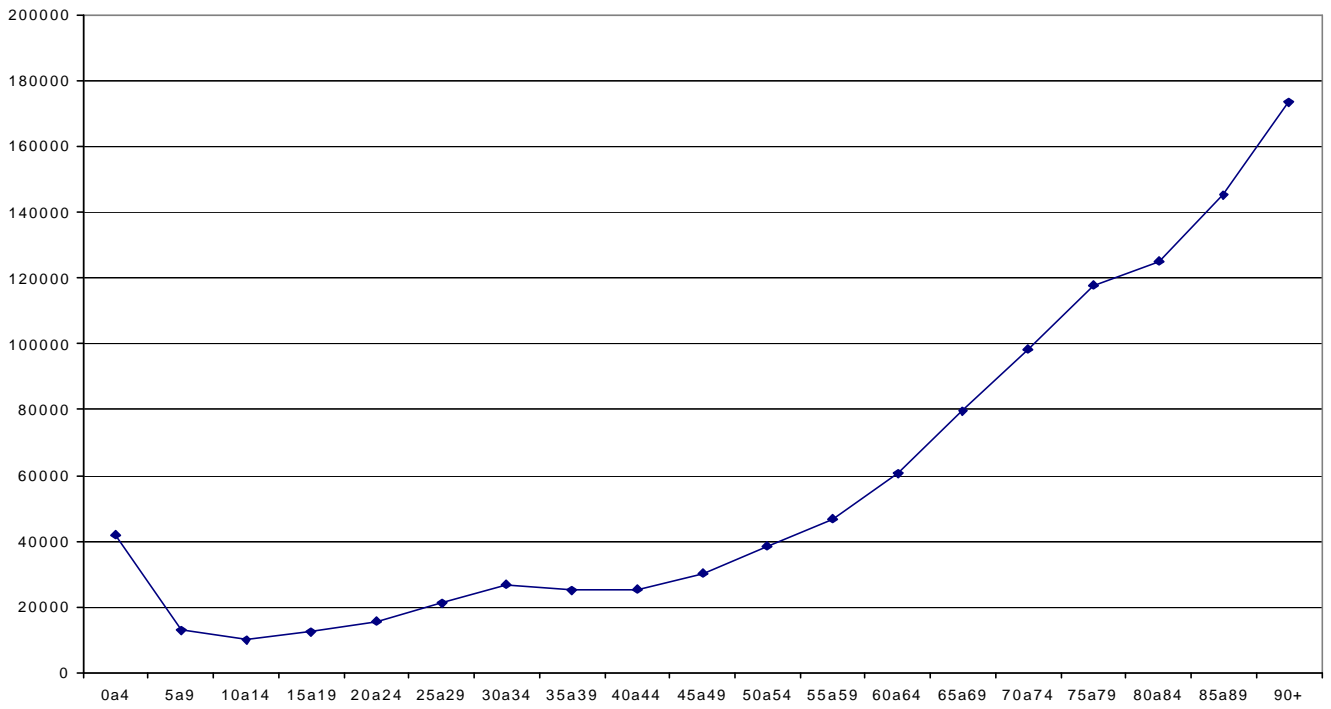
Fuente: Urbanos (2002).

Gráfico 2. PERFIL DE GASTO EN FARMACIA. AMBOS SEXOS (PESETAS PER CAPITA 1998)



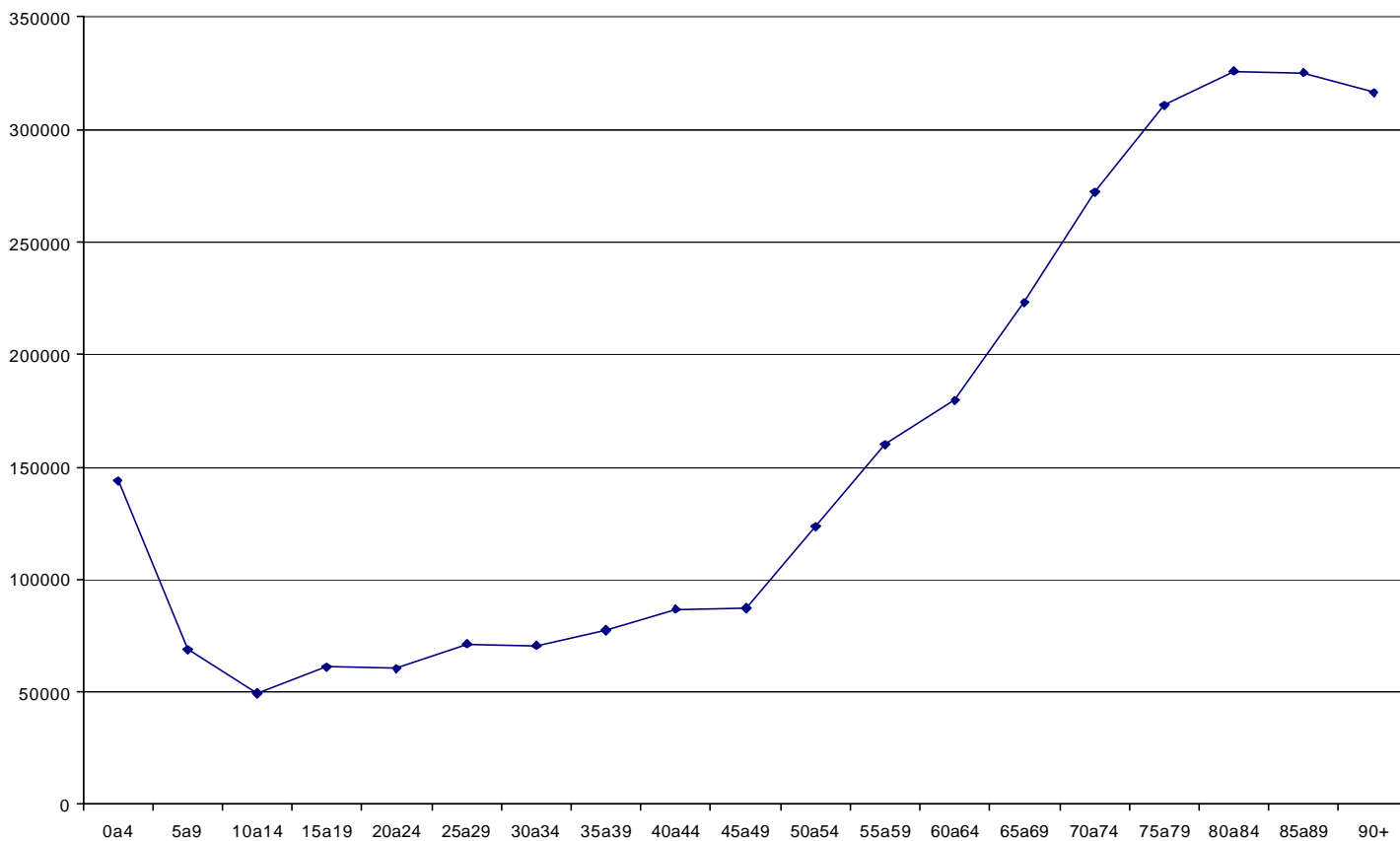
Fuente: Urbanos (2002).

Gráfico 3. PERFIL DE GASTO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS. AMBOS SEXOS (PESETAS PER CAPITA 1998)



Fuente: Urbanos (2002).

Gráfico 4. PERFIL DE GASTO TOTAL. AMBOS SEXOS (PESETAS PER CAPITA 1998)



Fuente: Urbanos (2002).