



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers
2016 – 02

**ENVEJECIMIENTO Y CAMBIO DE COORDENADAS
DEMOGRÁFICAS.
ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE SU IMPACTO
CON EL GASTO SANITARIO**

Guillem López-Casasnovas
Catedrático del Departamento de Economía y Empresa
Universitat Pompeu Fabra

Barcelona

Con el apoyo de Novartis

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Novartis, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Novartis a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

Barcelona, Enero 2015

ENVEJECIMIENTO Y CAMBIO DE COORDENADAS DEMOGRÁFICAS. ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE SU IMPACTO CON EL GASTO SANITARIO

Guillem López-Casasnovas

Es bien sabido que el envejecimiento demográfico hace variar las coordenadas básicas de la política económica, en general, y de la incidencia del gasto social, en particular. Esto se debe a su racionalidad redistributiva entre las generaciones (quién se beneficia y quién financia) y a su potencial para remover las causas de la desigualdad social en los grupos de edad, dadas las distintas capacidades y necesidades de acceso a los servicios dentro de cada uno de ellos. Un hecho que, como veíamos, obliga a redefinir las políticas públicas, abandonando las perspectivas verticales, propias de administraciones jerarquizadas —divididas en departamentos según un organigrama (donde lo importante es quién tiene competencia en qué)—, en favor de políticas más horizontales, coordinadas según las condiciones específicas de sus destinatarios finales. Así, el ciclo vital de los individuos y el mantenimiento de los equilibrios generacionales cobran una nueva importancia, aunque la identificación de los colectivos beneficiados y perjudicados con la situación actual pueda hacer más explícitos los conflictos derivados de la asignación de recursos.

Estos son, a modo de introducción, algunos de los efectos más destacados del cambio demográfico en la política económica:

1) influye en el balance entre renta y patrimonio, debido a la interrelación entre la acumulación del ahorro a lo largo del ciclo vital del individuo y la liquidación de los activos invertidos al final de este;

2) incide en el equilibrio entre el consumo y el ahorro en cada momento;

3) repercute en los distintos componentes de consumo, como el ocio, la vivienda, el transporte, los servicios personales, etcétera;

4) afecta a la relación entre el consumo público y el privado, puesto que, para ciertos grupos de edad, existe una mayor dependencia de las prestaciones públicas y, para otros, la presión fiscal es relativamente más alta;

5) altera los equilibrios intergeneracionales de riqueza o renta acumulada, y los soportes de bienestar asociados a las distintas modalidades de la política social y a su financiación (impuestos-precios, déficit-deuda).

Visto lo anterior, no resulta difícil percibir la importancia del envejecimiento en las estimaciones del gasto social. Pero no está claro si la causa de este crecimiento es la edad —o algunas variables relacionadas con ella, desde la atención a bebés prematuros a los cuidados paliativos— o bien el cuidado terminal en la fase previa a la muerte, independientemente de la edad del enfermo. De acuerdo con la mayoría de las estimaciones, los gastos específicos por grupos de edad, asociados en un momento dado a la tecnología y a los avances de la práctica clínica, se pueden proyectar directamente sobre la distribución futura de los perfiles de edad. Para España, por ejemplo, se ha calculado un incremento del gasto sanitario, respecto al Producto Interior Bruto (PIB), del 0,68 % anual para el periodo 2002-2043¹

Sin duda, la edad es importante en los cuidados de larga duración, pero no decisiva, a la vista de que las transiciones entre grados y niveles de dependencia relativa no son irremediables. En este tipo de cuidados, la edad y las características socioeconómicas influyen en la probabilidad de dependencia —así como a su tipología, coste aproximado y duración— y en la transición entre los distintos estadios de gravedad (con diferente grado de influencia o abuso moral por parte del beneficiario). En contraposición a esta necesidad de gasto, otros factores relevantes como la renta, el patrimonio y los niveles de liquidez familiar tienen también claras asociaciones con la edad, pues permiten sufragar la pérdida de autonomía funcional.

Finalmente, en cuanto a la financiación, las consecuencias del envejecimiento demográfico dependen de la tributación a la que afectan: tendrán menos efectos intergeneracionales si esta recae sobre el consumo en general, y más si lo hacen sobre las cotizaciones y las imposiciones a la renta del trabajo. Sin olvidar el papel relevante de la tributación por herencia (impuesto de sucesiones) y por el patrimonio en general (separada del gravamen de la renta). Otro aspectos intergeneracionales importantes, relacionados con la sociología, son los efectos de doble vía, como la ayuda familiar (menos hijos ahora que antes para cuidar a unos padres que hoy viven más que en el pasado), y los de vía única, como las responsabilidades en el cuidado de personas solteras o sin hijos.

El papel del envejecimiento a lo largo del ciclo vital de la persona

Los efectos del envejecimiento tienen un primer referente en la utilización de servicios, que se relaciona con el estatus de salud, el crecimiento económico y el desarrollo social, las nuevas tecnologías y el progreso médico, el modo mismo en que se organice el sistema (acceso, elegibilidad), su modo de financiación y el coste de los inputs, tanto de los recursos humanos como del capital.

¹ Los datos pueden complementarse en Reallocation of Resources Across Age in a Comparative European Setting de B. Hammer, A Prskawetz e I. Freund Work Package 103 European Comission (www.foreurope.eu).

El impacto previsto de la salud y la esperanza de vida sobre el gasto depende, como ya vimos, de la hipótesis que prevalezca: 1) el equilibrio dinámico (el retraso de la muerte se acompaña de un retraso paralelo de la morbilidad, de manera que más años de vida implican más años de salud, no empeorando, por tanto, el número de años vividos con mala salud); 2) la expansión de la morbilidad —más personas mayores vivirán con mala salud, ya sea porque los que antes morían ahora sobreviven, aunque con mala salud; por el hecho de que vivir más años supone una mayor exposición a la enfermedad, aunque con condiciones no fatales; o por las comorbilidades asociadas a la edad y que empeoran la salud de los mayores—; 3) la compresión de la morbilidad (el aumento de la esperanza de vida pospone la aparición de la morbilidad, que lo hará sin embargo en años venideros pero de manera más comprimida).

El impacto de los costes relacionados con la enfermedad marca también un factor importante en la previsión del gasto. No hay que olvidar que este es muy sensible a las prácticas médicas, a la tecnología disponible y a los diferentes valores culturales de la población, de modo similar a como lo son las cuestiones relativas la demanda (renta y expectativas ciudadanas, presiones políticas) y la oferta (disponibilidad de inputs, tecnologías y costes unitarios, diseño institucional de las organizaciones proveedoras).

Las previsiones señalan que, en España, se reducirá el ratio de quienes fallecen respecto de los que sobreviven. En conjunción con el resto de las hipótesis, el gasto sanitario público aumentará dos puntos sobre el PIB debido exclusivamente al envejecimiento, un efecto ya visible en nuestra década. Las causas están en los costes relacionados con la muerte, en la renta y en el crecimiento de los costes unitarios. Sin embargo, bajo la hipótesis de una salud constante, el incremento sería tan solo de 1,6 puntos. Es necesario reconocer que el crecimiento del gasto sanitario registrado en el pasado se debía más a factores de utilización, particularmente sobre el componente público del gasto sanitario (ajenos así a la gestión del sistema), que al envejecimiento en sí mismo. Como elemento propulsor destaca la elasticidad de la renta estimada para todos los grupos, mucho más elevada que la media de Europa —en la medida en que España ha convergido en renta con el resto de los países— y que afecta a la utilización de muchas capas poblacionales, cuya supervivencia mejora.

Hasta hace muy poco, en los cálculos predictivos se seguía un método muy simple: se tomaba la cifra de los habitantes mayores de 65 años de edad y se le aplicaba un coeficiente multiplicador de 3,5 respecto al coste anual medio para el conjunto de la población. Las estimaciones se han basado en asumir que los gastos específicos por grupos de edad, asociables en un momento dado a la tecnología y al estado de la práctica clínica, se pueden proyectar directamente sobre la distribución futura de los perfiles de edad. Sin duda, esta metodología de cálculo parece poco plausible dado que tiene escasa justificación —¿con 64 años gastas casi cuatro veces menos que con 65 años?—, particularmente cuando la morbilidad tiende a

reducirse y la esperanza de vida se incrementa un año por década, amén de suponer una linealidad extrema entre gasto y edad, fuera de toda lógica.

Varios modelos menos *naïves* que los anteriores —es decir, aquellos que basan su predicción en la repetición mecánica de un comportamiento anterior— comprueban que el factor de la edad «pesa» poco si se controla el gasto próximo al deceso. A pesar de que los resultados de esta metodología están influidos por la fuerte correlación entre edad y proximidad a la muerte, así como por una premisa endógena —el gasto sanitario en sí mismo puede afectar a la supervivencia—, esta aproximación está tomando fuerza. La relación entre el gasto y la edad de la defunción pone de manifiesto la importancia de esta última en la determinación de los recursos que deben invertirse.

Otro grupo de modelos concluyen, tras examinar los costes hospitalarios a partir de métodos más sólidos, que la proximidad de la muerte afecta los costes en los quince años anteriores a esta. El aumento de hasta diez veces en los costes a partir del quinto año previo al deceso y hasta el último de vida eclipsa el incremento del gasto debido al aumento de individuos de entre 65 y 85 años. Cuando se incorporan los efectos de la muerte y del aumento en la esperanza de vida, las proyecciones de gasto dan una tasa de crecimiento anual del 0,40 %, la mitad de la prevista con un método tradicional que solo tenga en cuenta la mayor esperanza de vida. De modo que la disminución de las tasas de mortalidad específicas por edad pospone la muerte y, por tanto, reduce los costes relacionados con esta.

Un ejercicio similar con los datos de Alemania, considerando todos los costes sanitarios (no solo los hospitalarios) para el periodo 2002-2050, puso de manifiesto que el modelo *naïve* sobrevaloraba los costes entre un 17 y un 52%, según el año, aunque otros sitúan estas cifras entre el 9 y el 15 %. Desde los estudios iniciales en la década de 1990, los avances en la comprensión de este proceso han sido notables. Hoy en día, ya podemos estimar cómo influyen en el gasto tres aspectos básicos: 1) los ciudadanos entran en los años finales de su vida a una edad más avanzada; 2) la composición de la población cambia a favor de un mayor porcentaje de individuos en estadios cercanos al deceso, debido al impacto coyuntural de la ola de nacimientos que representó en su día el *baby boom*; y 3) el mayor o menor uso de los servicios sanitarios en las edades finales.

Al trasladar estas conclusiones a la política sanitaria, todo apunta a que el envejecimiento no debiera de contribuir por sí mismo demasiado al crecimiento futuro del gasto sanitario per cápita. Controlado correctamente, el factor de la proximidad a la muerte puede reducir —hasta un 40 % en muchas estimaciones— el gasto atribuido de otro modo a la edad. Estos valores predictivos pueden influir en el modo en que los sistemas de salud debieran responder a los nuevos retos asistenciales (gestión de la pluripatología, peso de las unidades paliativas frente a las intensivas, crónicos domiciliarios, etcétera).

Sin embargo, las proyecciones comentadas quizá infravaloren el efecto de la edad sobre el gasto sociosanitario total, ya que no consideran las consecuencias en los cuidados de larga duración y otros componentes sociales. Además, ignoran la presión que, previsiblemente, ejercerá un votante medio cada vez más envejecido y empeñado en empujar el gasto social para aumentar los beneficios que recibe a cambio de las cotizaciones o impuestos que paga.

En cualquier caso, numerosas instituciones enfatizan, en sus previsiones más recientes, la necesidad de considerar los efectos del envejecimiento en el conjunto de los gastos sociales, y no solo sanitarios. Así, el informe de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea predice para España un incremento de casi diez puntos adicionales del PIB entre 2004 y 2050.

Debemos considerar también un aspecto hasta hoy poco analizado: cómo el aumento de la esperanza de vida, amén de presionar el gasto, puede afectar la recaudación. Es posible que los mayores acaben pagando más impuestos (por la vía del consumo) que los jóvenes, debido, en parte, a la composición de sus rentas (de capital principalmente) y a la distinta fiscalidad sobre los activos (depósitos, planes de pensiones, rentas inmobiliarias, valores cotizados). Las distintas percepciones de estos beneficios y costes fiscales entre la ciudadanía quizá acaben configurando distintas mayorías (con el votante medio como pivote) según la valoración que realicen del pago de mayores impuestos (rendimientos del trabajo frente a los del capital, tratamiento del ahorro, impuesto de sucesiones, costes de la dependencia...) y la apropiación que hagan de los beneficios de los gastos sociales. Todo ello plantea nuevas consecuencias sobre aspectos intergeneracionales de las políticas públicas, más allá del puro impacto del envejecimiento en el gasto sanitario o de proponer la creación de una Agencia para la Sostenibilidad del Bienestar Intergeneracional. Este enfoque obliga a romper con las políticas de gasto departamentalizadas, en las cuales el «quién gasta qué» se impone al «para qué y para quién» se realiza ese gasto, que no es una tarea menor.

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):
<http://www.upf.edu/cres/>

