

Ana Rico Gómez*
Alberto Infante**

DEMOGRAFÍA Y SANIDAD EN ESPAÑA: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE EUROPA?

El envejecimiento constituye el cambio demográfico con mayor incidencia en la salud, así como uno de los retos más importantes para los sistemas sanitarios de los países avanzados. La evidencia demuestra que la pobreza, la desigualdad social y la exclusión tienden a concentrar los hábitos de vida perjudiciales para la salud en los grupos más desfavorecidos, por lo que se hace imprescindible actuar sobre ellos para paliar sus efectos negativos.

Palabras clave: envejecimiento de la población, sanidad, servicios de salud, gastos sanitarios, gastos sociales, España.

Clasificación JEL: I10, J14.

1. Introducción

Este trabajo representa la continuación de un estudio previo (Rico y Moreno, 2004), sobre los retos de futuro en el sector que examinó el conjunto amplio de factores sociales, políticos y económicos que inciden sobre la salud. El envejecimiento constituye el cambio demográfico con mayor incidencia en la salud, así como uno de los tres retos sociales más importantes de los sistemas sanitarios en los países avanzados. El segundo es la inmigración, y el tercero son las desigualdades socioeconómicas. Existe evidencia de que la problemática princi-

pal de la demografía en sanidad se deriva en gran parte de sus interacciones con la pobreza, la desigualdad social y la exclusión, factores que tienden a concentrar los hábitos de vida perjudiciales para la salud en los grupos más desfavorecidos. Por tanto, para paliar el impacto de la demografía sobre la salud y la sanidad, resulta necesario actuar sobre la pobreza, la educación y los hábitos de vida de los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran inmigrantes y ancianos.

En la primera parte de este trabajo examinamos las relaciones directas entre demografía, salud y sanidad, dejando relativamente de lado la cuestión de las desigualdades. En la segunda parte se analizan las respuestas de los sistemas sanitarios europeos durante las décadas pasadas, los fallos y aciertos que se cometieron, y su impacto sobre la magnitud del problema. Sin embargo, se presta sólo una atención lateral a las inter-

* Universidad Erasmus de Rotterdam (Holanda).

** Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fecha de esta versión: Abril 2004.

acciones entre sanidad y otras políticas públicas, tema en el que se centra el estudio antes citado (Rico y Moreno, 2004). La tercera parte presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Como se sabe muy poco sobre el impacto de la inmigración en el sistema sanitario español (que parece en cualquier caso menor, dado que se trata de población joven y sana), el trabajo se centra en el impacto del envejecimiento en el sector. Sobre este tema, existe mucha y buena investigación reciente tanto para España como para otros países de nuestro entorno. Los enfoques iniciales, basados en unas pocas variables, y en datos agregados, han sido recientemente complementados con estudios que incluyen mapas causales más amplios y que utilizan microdatos individuales (ver, por ejemplo, OECD 2003 para los países europeos; o los trabajos de Casado para España). El valor añadido de este trabajo reside en presentar una revisión actualizada de la evidencia existente para España y Europa, desde una perspectiva orientada a sugerir posibles respuestas que el sistema sanitario español podría ensayar para contrarrestar los retos que se derivan de la evolución demográfica.

2. Consecuencias de la demografía sobre la salud y la sanidad

Nuestro punto de partida es que en sectores complejos como la sanidad, resulta inadecuado examinar el impacto de la demografía partiendo del supuesto de que el resto de factores permanece constante, algo habitual en economía aplicada. Por el contrario, como han argumentado otros autores (Casado, 2000) se requiere analizar la cadena causal completa que vincula envejecimiento, salud, sanidad, economía y política sanitaria como primer paso para poder evaluar tendencias. El impacto del envejecimiento sobre la sanidad depende en primer lugar de sus efectos sobre la salud (mediados por sus interacciones con la desigualdad social y los hábitos de vida). El estado de salud de la población determina directamente el nivel de necesidades que el siste-

ma deberá enfrentar (es decir, la demanda potencial). Y no está claro que el envejecimiento de las sociedades genere necesariamente un empeoramiento del nivel de salud a largo plazo.

En segundo lugar, incluso si esto fuera cierto, ello no constituiría un problema insuperable, si los sistemas sanitarios fueran capaces de reaccionar generando prácticas más eficientes tanto en atención como en política sanitaria. Como es sabido, las estrategias de innovación, mejor proactivas que meramente adaptativas, pueden ayudarnos a paliar las presiones del entorno. Pero, en general, resultan muy caras a menos que se aprovechen adecuadamente las experiencias de otros. Por ello, si queremos paliar las consecuencias negativas de los cambios demográficos deberemos investigar las respuestas de otros países de nuestro entorno al mismo problema y copiar las más eficientes y que mejor se adapten a las características de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, existen muy pocos trabajos que aborden esta cuestión. Y las primeras investigaciones internacionales de calado sobre el tema se han publicado ya en el siglo XXI.

Con lo que hoy sabemos, la cuestión del impacto de la demografía sobre la sanidad gira en torno a tres preguntas principales. La primera se refiere a las relaciones entre demografía y epidemiología: ¿en qué medida contribuye el envejecimiento a deteriorar el estado de salud de las poblaciones? La segunda constituye la preocupación central de los políticos sanitarios: ¿en qué medida los posibles deterioros en el estado de salud requerirán aumentos de cobertura, oferta, actividad y gasto inasumibles? La tercera pregunta es clave en ciencia política y economía: ¿son capaces los sistemas sanitarios de articular respuestas adecuadas ante el reto demográfico? De la respuesta a estas cuestiones depende gran parte de la sostenibilidad futura de los sistemas sanitarios europeos. En ellos la generosidad de las prestaciones, combinada con el rápido aumento del envejecimiento, otorga un carácter especialmente problemático al impacto potencial de los cambios demográficos.

La dos primeras preguntas se examinan en este apartado, y la tercera en el apartado 3. En ambos se analiza

la evidencia española de las últimas décadas en el contexto europeo. El apartado 4 evalúa el camino recorrido en España en la articulación de respuestas adecuadas al problema demográfico en sanidad, así como los retos más urgentes de cara al futuro, de acuerdo con la evidencia existente sobre los países europeos.

Demografía, epidemiología y sociedad

En España, como en el resto de los países desarrollados, la población mayor de 65 años ha crecido durante el siglo XX más rápidamente que el resto de los grupos de población (pasó de 967.754 personas en 1900, a 6.739.561 en 1999). Las últimas estimaciones indican que serán más de 12 millones en 2050. Si durante el último siglo los mayores de 65 años se multiplicaron casi por 7, los octogenarios se multiplicaron por 13 (pasaron de 115.000 a 1,5 millones) y se prevé que serán 4,1 millones en 2050 (IMSERSO, 2002).

Estas cifras han despertado cierta alarma. Sin embargo, una mirada más detallada al pasado y al presente ayuda a matizarlas. Una primera salvedad es que *la peor etapa de evolución del envejecimiento en España ya ha pasado o está a punto de pasar*. El porcentaje de la población española mayor de 65 años creció muy lentamente entre 1900 y 1960. Entre 1970 y 1998 aumentó un 91 por 100 (es decir, casi se multiplicó por dos). Sin embargo, los aumentos previstos para 1998-2026 son del orden del 36 por 100 (Casado, 2000). Además, dado que la fase de envejecimiento más acelerado se produce casi dos décadas después que en los países pioneros de nuestro entorno, ello abre la oportunidad de aprender de las experiencias de otros países europeos. Es cierto, desde luego, que en el año 2000 nuestro país se situaba por encima de la media europea en cuanto a nivel de envejecimiento: tan sólo cuatro países de la UE presentan un porcentaje de mayores de 65 años superior al 17 por 100 de España (Italia, Grecia, Alemania y Suecia) (OCDE, 2000).

En todo caso, la cuestión crítica es en qué medida el envejecimiento se traducirá en problemas de salud, y

por tanto, en mayor demanda de servicios. Éste es el rasgo distintivo principal de la sanidad con respecto a otros programas y servicios públicos como las pensiones y la educación: la demografía no se traduce directamente en demanda, sino que su impacto aparece mediado por otros factores; en este caso, principalmente por el factor epidemiológico. La evidencia existente sobre los países avanzados de nuestro entorno durante las últimas décadas confirma que existe una relación estrecha y positiva entre envejecimiento y enfermedad. En particular, el envejecimiento se asocia a un aumento de las enfermedades crónicas y las discapacidades. A nivel mundial, las enfermedades crónicas y las discapacidades constituyen casi el 90 por 100 de la carga de enfermedad total de los mayores de 65 años, y tres cuartas partes de la carga para el grupo de población de 45 a 60 años. Mientras que, entre los 15 y los 45 años sólo representan una tercera parte de la carga de enfermedad (OMS, 2002).

En España la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999) señala que algo más de dos millones de personas mayores de 65 años padecían una discapacidad (32,2 por 100 de la población en ese tramo de edad). La Encuesta señala asimismo que de los 3,5 millones de personas que padecen alguna discapacidad, el 58,7 por 100 tiene más de 65 años y el 34 por 100 más de 75. Las discapacidades inciden de un modo importante sobre la atención sanitaria, pero su mayor impacto es en el área de atención sociosanitaria, institucionalmente infradesarrollado en nuestro país (ver apartado 3).

La Encuesta muestra un vínculo estrecho entre discapacidad y enfermedades crónicas. Así, en España, los ancianos discapacitados sufren el doble de enfermedades crónicas que los no discapacitados (Casado y López, 2001). Ello tiene implicaciones importantes tanto sobre los servicios sanitarios como sobre la atención sociosanitaria.

Existe evidencia creciente en otros países de que la discapacidad no es tanto el resultado directo de la mayor longevidad, sino de las enfermedades crónicas y los

hábitos de vida perjudiciales para la salud. También está demostrado que en los países avanzados de nuestro entorno los hábitos de vida perjudiciales, y el deterioro asociado en el estado de salud, están disminuyendo entre los ancianos y en la población general (Jacobzone, 2003), aunque no entre los grupos de población más pobres (tanto jóvenes como ancianos) (Mackenbach *et al.*, 2003). De ello se deduce que *en el futuro el problema del envejecimiento probablemente contribuirá en menor medida al deterioro del estado de salud de las sociedades que el problema de las desigualdades socioeconómicas* (Rico y Moreno, 2004).

Por ello es necesario prestar mayor atención a las interacciones entre envejecimiento y desigualdades sociales. Por ejemplo, es posible que la asociación entre envejecimiento y deterioro del estado de salud se deba en buena medida a que el nivel de renta y educación media de los actuales ancianos ha tendido a ser menor que el de la población general, un factor que está cambiando rápidamente. Este cambio puede explicar en buena medida el descenso correlativo en las tasas de discapacidad y morbilidad de los ancianos en los países avanzados de nuestro entorno (Jacobzone, 2003; Casado, 2000), algo no suficientemente tenido en cuenta en los estudios disponibles.

En este punto importa destacar que uno de los grandes logros de las sociedades desarrolladas y de sus sistemas de salud es haber contribuido a prolongar la vida y el facilitar que sus ciudadanos lleguen a edades avanzadas en buenas o aceptables condiciones físicas y mentales (OMS, 2002). Seguramente, por eso la OMS cambió el nombre del «Programa de Salud de las Personas Mayores» por el de «Envejecimiento y Salud». Los resultados de este estudio sugieren que *se pueden paliar las consecuencias más negativas del envejecimiento sobre la sanidad aumentando el nivel, la calidad de vida y la integración social de los mayores de 65 años*.

Además de su rapidez, y su retraso con respecto a otros países europeos, los cambios demográficos españoles muestran a estos efectos un rasgo diferencial re-

levante: el nivel de renta, instrucción y cualificación profesional de los mayores españoles se sitúa en el rango inferior de los países de la OCDE (Zunzunegui, 1998). Cabe esperar que este diferencial varíe poco durante los próximos cinco a siete años para tender luego a igualarse con los patrones europeos a medida que vayan llegando a los 65 años las generaciones nacidas entre mediados de los años cuarenta y principios de los cincuenta.

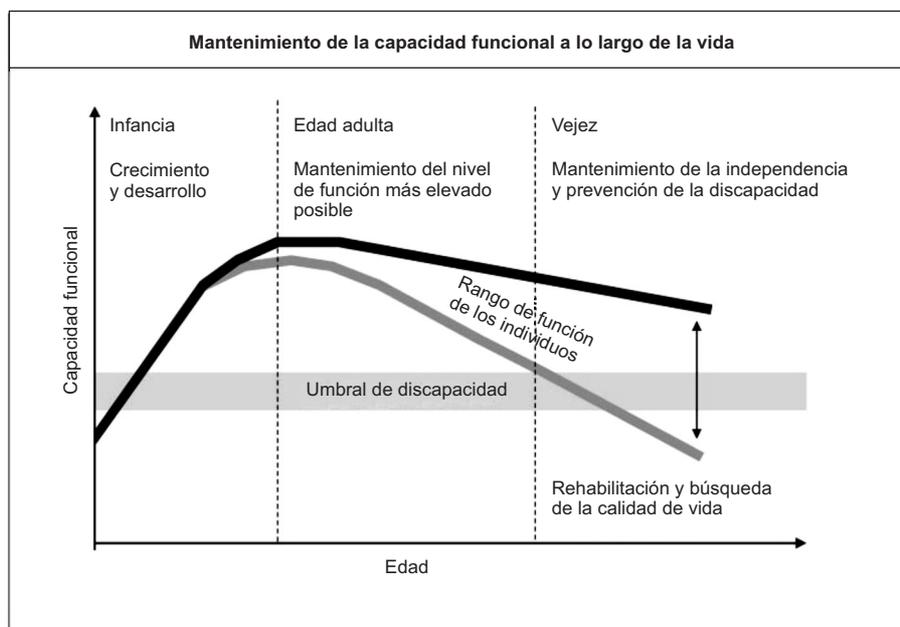
Considerando lo anterior, el escenario futuro a corto plazo estará probablemente caracterizado por un número creciente de población en situación de «fragilidad» y con riesgo de dependencia, la gran mayoría de los cuales tendrán más de 65 años y una gran proporción más de 75. Si bien el progresivo aumento de los niveles de educación y de renta de las cohortes que van a ir llegando a los 65 años facilitará la mejora en los estilos de vida, y ofrecerá oportunidades de intervención para las políticas públicas orientadas a prevenir y paliar las situaciones de fragilidad y dependencia (ver Gráfico 1). Ya hay signos en esta dirección. En algunas CC AA, como Cataluña y el País Vasco, las tasas de discapacidad de los mayores de 65 empezaron a descender a mediados de los noventa (Esteban *et al.*, 2001). Si estos nuevos desarrollos se desarrollaran con éxito, *cabría esperar que el estado de salud de los ancianos españoles aumente durante las próximas décadas*.

El impacto de la demografía sobre la actividad y el gasto en sanidad

Contrariamente a lo que podría parecer, no resulta fácil estimar la utilización de tecnologías en la práctica médica (Jacobzone, 2003). Y menos aún evaluar el impacto de formas de organización y gestión alternativas, o de nuevos derechos, prestaciones y servicios. Por esta razón, la mayoría de los análisis se han centrado en el impacto del envejecimiento, asumiendo que constituye el motor principal del gasto en salud, y que el resto de factores permanece más o menos constante. A pesar de los claros límites de esta aproximación para pre-

GRÁFICO 1

INTERACCIONES ENTRE DEMOGRAFÍA, EPIDEMIOLOGÍA, SALUD Y SANIDAD



FUENTE: WHO, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.

decir el futuro, resulta sin embargo útil para ver cuál podría ser la dimensión máxima de nuestros costes en caso de no intervenir a tiempo. Advirtiendo que, como sugiere la experiencia de otros, responder con innovaciones efectivas que hagan frente a los nuevos retos puede reducir considerablemente la dimensión y los costes del problema (apartado 3).

Para España, existe un trabajo reciente de próxima publicación que aborda el problema desde la perspectiva de la prospectiva clásica, centrada en la demografía y el PIB (Ahn *et al.*, 2003). Los autores realizan dos proyecciones basadas en supuestos alternativos sobre la evolución demográfica futura. El primer supuesto se basa en un ligero ascenso de la fecundidad y un marcado aumento de la inmigración en las próximas décadas. Las proyecciones para 2015 indican que la población

aumentaría cerca de un 8 por 100, y el gasto sanitario un 17 por 100; para el 2050, los aumentos poblacionales previstos son de tan sólo del 5 por 100, mientras que el gasto aumentaría un 35 por 100. El segundo supuesto se basa en aumentos muy pequeños en la fecundidad y la inmigración, y prevé estimaciones de crecimientos poblacionales de 0-1 por 100 entre 2000 y 2015, y aumentos del gasto sanitario en torno al 8 por 100; entre el 2000 y el 2050, la población total disminuiría un 15 por 100, y el gasto sanitario aumentaría un 15 por 100 (Ahn *et al.*, 2003).

Las previsiones de aumento del gasto sanitario de la OCDE, basadas sobre supuestos parecidos, arrojan cifras semejantes. De nuevo, la aproximación al problema es puramente demográfica, sin incorporar variables económicas (por ejemplo, la evolución prevista de la

productividad en el sector) o políticas (las reformas e innovaciones en marcha). En Europa se espera que el gasto sanitario público aumente de media un 25 por 100 entre 2000 y 2050 (del 5,3 por 100 al 6,6 por 100 del PIB en el 2000). Las cifras para España se sitúan por encima de la media: el crecimiento previsto del gasto sanitario público es del 5,0 al 6,7 por 100 del PIB, es decir, un aumento del 35 por 100. Ello se debe sobre todo a que se espera que tanto la tasa de dependencia (% de ancianos sobre adultos) como la inmigración aumenten más rápido que en otros países. Mientras tanto, se espera que la población y el empleo disminuyan hasta un 20 por 100, lo que crearía problemas importantes de sostenibilidad del sistema (Bains, 2003).

Estas predicciones presentan importantes problemas. El primero, como hemos comentado, se deriva de que su mapa causal es demasiado simple. El segundo es igual o más importante: como hasta fechas muy recientes no disponíamos de datos sobre la intensidad de los tratamientos dispensados a los mayores de 65 años (de la que depende directamente el gasto sanitario, como veremos a continuación), estas predicciones asumen que para la misma patología, la utilización de servicios y el gasto sanitario por paciente es semejante, independientemente de la edad.

Sin embargo, se sabe que los mayores que están enfermos utilizan los servicios más que otros adultos. En España, los mayores de 65 años consultan al médico en torno a 1,5 veces más que la población adulta menor de 65; aunque desde los 45 años la frecuentación aumenta constantemente con la edad (Encuesta Nacional de Salud, 1997). En el año 2000 los mayores de 65 años generaron el 35 por 100 de las altas cuando representaban solo el 17,1 por 100 de la población. Se sabe también que los mayores de 65 años no sólo ingresan con mayor frecuencia sino que lo hacen con patologías más graves y, a menudo, con más de una patología (lo que se conoce como *comorbilidades*).

Además, la estancia media de los mayores es superior, y ello parece deberse de momento no tanto a problemas sociales como a la falta de alternativas a la hos-

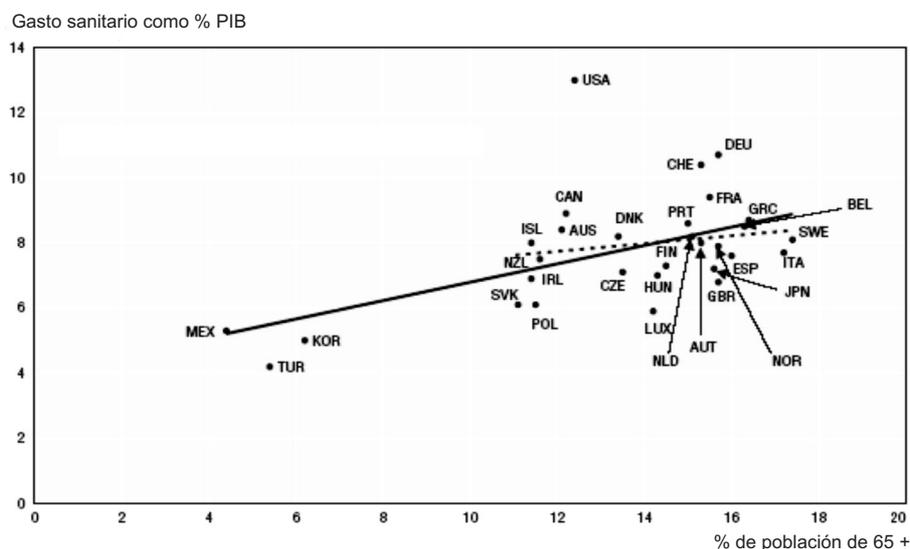
pitalización convencional, y en particular alternativas a la convalecencia, sobre todo cuando ésta lleva asociada la necesidad de rehabilitación (SEMG, 2004). Un problema que de no afrontarse se irá agravando paulatinamente. En España, la proporción de personas mayores que viven solas (en torno a un 12 por 100) es muy inferior a la de los países de Europa occidental mientras que la de quienes viven con sus hijos es todavía elevada (Duncan y Castellón, 2003). Cabe esperar que este aspecto empiece a variar rápidamente dentro de menos de una década (Zunzunegui, 1998). Dado el importante papel que juega la familia en la prestación de cuidados sanitarios y sociosanitarios en España, le dedicamos un subapartado específico al final de este apartado.

Sin embargo, como comentábamos en el apartado anterior, no hay que olvidar que los mayores de 65 años tienden a estar en mejores condiciones de salud y de vida a medida que transcurren las décadas; de hecho, el porcentaje de ancianos dependientes para las actividades de la vida cotidiana ha descendido en todos los países de la OCDE durante la última década. Esto no se ha tenido en cuenta en la mayoría de las proyecciones previas que por tanto pueden haber sobreestimado el impacto del envejecimiento sobre el gasto.

Otro descubrimiento reciente que apunta en la misma dirección es el hecho de que en varios países los mayores reciban tratamientos menos intensivos en alta tecnología para el mismo nivel de necesidad que otros grupos de población. Por ejemplo, para el caso de los enfermos del corazón, los mayores de 65 años registran entre 3 y 16 veces más ingresos hospitalarios que los del grupo de población entre 40 y 65 años en los países de la OCDE para los que existen datos. Sin embargo, en la mayoría de países europeos, las ratios de mayores tratados con alta tecnología respecto a los adultos de 40 a 65 años son menores de uno, con mínimos de 0,10. Ello podría explicar por qué no existe una correlación clara entre envejecimiento y gasto agregados en los países de la OCDE (Gráfico 2), a pesar de las tasas claramente más altas de utilización de servicios por parte de los mayores (Moïse y Jacobzone, 2003).

GRÁFICO 2

RELACIONES ENTRE ENVEJECIMIENTO Y GASTO SANITARIO



NOTA: La línea de tendencia punteada no incluye Corea, México ni Turquía.
 FUENTE: MOÏSE y JACOBZONE, 2003 (OECD).

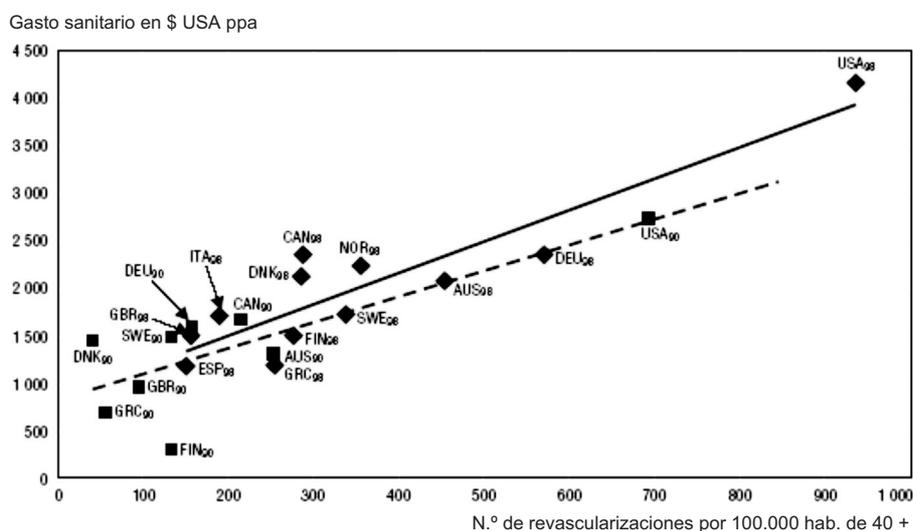
Los datos agregados disponibles (Gráfico 3) parecen confirmar, de otro lado, que como se sospechaba desde hace tiempo, la utilización de alta tecnología parece ser el motor fundamental de los aumentos del gasto sanitario en las últimas décadas. Ello, junto con la evidencia anterior, nos permite reformular de un modo mucho más matizado la cuestión del impacto esperado de la demografía sobre el gasto. Dado el tamaño de este sector de la población, y sus tasas de morbilidad y utilización, es de esperar que la intensidad tecnológica con la que se traten los problemas de salud de los mayores constituya uno de los determinantes principales de la trayectoria futura del gasto sanitario.

Las investigaciones de la OCDE en este ámbito (Moïse, 2003) ponen de manifiesto que durante los noventa se observa una intensificación tecnológica en la aten-

ción dispensada a los mayores en algunos países como Estados Unidos, Alemania o Australia. Ello es coherente con las fases habituales de difusión de la innovación tecnológica: en primer lugar se aplica a los pacientes menos graves (y más jóvenes), mientras que sólo en una segunda fase se extiende su uso a los enfermos más frágiles, dado el menor potencial de beneficio y los mayores riesgos asociados. Los países en donde el acceso a la tecnología es mayor presentan niveles de gasto mayores, pero niveles de resultados intermedios en términos de mortalidad y morbilidad de los mayores. Sin embargo, en otros países, como en Canadá y los Países Nórdicos, se recurre en mayor medida a la atención comunitaria en el caso de los ancianos y otros enfermos vulnerables, y no se registra un aumento en la intensidad tecnológica en el tratamiento de estos pacientes, en

GRÁFICO 3

UTILIZACIÓN INTENSIVA DE ALTA TECNOLOGÍA Y GASTO SANITARIO PER CÁPITA



FUENTE: MOÍSE y JACOBZONE, 2003 (OECD).

contraste con los pacientes de entre 40 y 65 años, para los que la intensidad aumenta rápidamente durante los noventa. Estos países obtienen resultados por encima de la media. En un tercer grupo de países, el acceso de los mayores tanto a la alta tecnología, como a la atención comunitaria es limitado (Gran Bretaña, Sur de Europa), y los resultados por debajo de la media.

Un último argumento que contribuye a cuestionar la magnitud del impacto directo del envejecimiento sobre el gasto es la teoría de la compresión de la morbilidad, basada en la evidencia reciente para varios países de que el gasto sanitario a lo largo del ciclo de vida se concentra principalmente en los meses previos a la muerte, en los que se intensifica el uso de tecnología y los tratamientos se hacen más agresivos. Ello parece indicar que las mejoras sociales y sanitarias permiten un nivel de calidad de vida alto a enfermos crónicos y discapacitados, que sólo recaen en fases agudas de alta severidad con carácter

previo a la muerte (Casado, 2000; Moíse y Jacobzone, 2003). Si a ello unimos el hecho de que los mayores son tratados con menor intensidad tecnológica en muchos países, se refuerza la conclusión anterior de que los costes para el sistema sanitario de la mortalidad prematura (es decir, de tratar a adultos más jóvenes en sus últimos meses de vida) son probablemente más altos que los del envejecimiento.

Atención sociosanitaria y economía informal en España

La evolución del rol de la familia como fuente de cuidados sanitarios y sociosanitarios informales es clave para entender y planificar la atención sanitaria y socio-sanitaria en España. Dado que el papel de la familia como prestadora de servicios no está remunerado y se desarrolla por tanto dentro de la economía informal, no

se refleja en las cifras de gasto en servicios sanitarios y sociales. Dicho de otro modo, la familia absorbe en nuestro país una buena parte de los costes que se derivan del impacto del envejecimiento sobre la salud. Sin embargo, la rápida incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el cambio de valores, y la inmigración tienden a reducir la oferta de cuidados familiares no retribuidos. Ello permite predecir que *los cuidadores familiares tenderán a disminuir, y tendrán que enfrentar una mayor presión de demanda como resultado del envejecimiento, al menos a corto y medio plazo.*

Los estudios desarrollados desde hace una década entre otros por el grupo del Consejo Superior de Investigaciones Científicas a partir de la Encuesta sobre Nuevas Demandas Sociales y otras fuentes muestran que sólo el 12 por 100 del tiempo total dedicado anualmente en España al cuidado de la salud es aportado por los profesionales sanitarios. El 88 por 100 restante lo aportan los familiares o el autocuidado. Además, las familias son un factor determinante a la hora de demandar asistencia sanitaria. Por ejemplo, la decisión de acudir a una urgencia hospitalaria se toma por iniciativa familiar en el 67 por 100 de los casos, por decisión del especialista en el 17,5 por 100 y por otros servicios de urgencia en el restante 15 por 100. Los familiares convivientes, y en menor medida los no convivientes, gastan una proporción considerable de su tiempo en acompañar a los pacientes mientras son atendidos, sobre todo en el caso de los niños y los ancianos (Durán, 1999). Los colectivos que más dependen del cuidado de sus familias son los niños, los ancianos, los enfermos crónicos y graves, y las personas con minusvalías severas.

De entre estos colectivos, los ancianos dependientes son los que se enfrentan a mayores deficiencias en cuanto a cobertura de servicios públicos, y para los que, por tanto, el papel de la familia como fuente de cuidados es más importante. De acuerdo con los datos del Barómetro Sanitario de 1998, el 12 por 100 de la población mayor de 18 años (en su mayoría mujeres) estaban al cargo de un familiar mayor dependiente (Casado *et al.*, 2002). Un tercio de los cuidadores afirmaban haber su-

frido problemas de salud, un 40 por 100 decía que su vida social se había resentido, el 27 por 100 apuntaba el impacto sobre sus responsabilidades laborales, y un 16 por 100 señalaba que había afectado a vida emocional (MSC, 1999). Los varones mayores reciben mejor cobertura social que sus mujeres en el período poslaboral y más cuidados en el hogar.

Estos datos ponen de manifiesto que el sector informal de asistencia sociosanitaria tiene dimensiones económicas muy importantes en España, y altos costes en términos laborales y humanos. Y que constituye muy probablemente el obstáculo principal para la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (formal) en España. A pesar de ello, la desvalorización del trabajo realizado por las familias en el cuidado de los ancianos dependientes va más allá de su exclusión de las cifras de contabilidad nacional, y se adentra en la falta de reconocimiento social y político de los costes de oportunidad asumidos por la provisión directa de dichos servicios. Como reflejo de ello, se sabe muy poco sobre la evolución de la actividad en el sector de asistencia sociosanitaria formal, que depende en España de los servicios sociales (ver apartado 3). Tan sólo un 21 por 100 de los ancianos discapacitados accede a servicios sociosanitarios públicos y privados, que representan el 0,6 por 100 del PIB (Casado *et al.*, 2002).

3. Las respuestas del sistema sanitario

Provisión de servicios:

¿Hacia la atención integrada?

El aumento de las discapacidades y las enfermedades crónicas asociado a la mayor longevidad y al aumento de las desigualdades ha generado una mayor necesidad de atención sociosanitaria, es decir de servicios caracterizados por un alto componente de cuidados y un menor componente estrictamente curativo. Además, las nuevas técnicas de intervención, como la hospitalización a domicilio o el hospital de día, también han empujado al alza la demanda de un nuevo tipo de atención sociosanitaria. Y la concentración creciente de los hábi-

tos de vida perjudiciales para la salud en los grupos de población de menor renta y nivel educativo exige nuevas técnicas de abordaje a nivel comunitario. Estos desarrollos han dado lugar a la emergencia progresiva de un nuevo sector de actividad, en la intersección entre los servicios sociales, la atención sanitaria comunitaria y los hospitales, que se conoce como atención sociosanitaria. Como esta modalidad de atención se centra principalmente en condiciones crónicas, suele implicar la prestación de atención continuada a lo largo del tiempo. Por ello, el término cuidados de larga duración (*long-term care*) se utiliza habitualmente como casi equivalente al de atención sociosanitaria.

En el pasado, el componente sanitario de la atención de estos servicios tendía a limitarse principalmente a cuidados de enfermería relativamente básicos, de ahí su adscripción a los servicios sociales y a la asistencia social tanto en España (Gráfico 4) como en la mayor parte de los países europeos. Cada vez más, una parte importante de los cuidados requeridos son servicios sanitarios de creciente complejidad, que se proveen a través de atención comunitaria (como la hospitalización a domicilio).

Todo ello sugiere que las respuestas más urgentes al reto combinado del envejecimiento y la escalada tecnológica son ampliar la oferta de servicios sociosanitarios y promover la atención integrada. Ampliar la oferta requiere nuevas medidas políticas en los ámbitos de la financiación y de la cobertura que se discuten en el apartado 3.2. Promover la atención integrada incluye facilitar que los servicios sociales y la atención comunitaria trabajen unidos, y mejorar la coordinación entre estos dos niveles, la atención preventiva y la atención hospitalaria a agudos. A continuación se evalúan los avances realizados en Europa y en España en estos ámbitos, sobre la base de una amplia revisión de la literatura disponible sobre el tema.

Avances en la coordinación entre niveles y la atención integrada en Europa

En cuanto al interfaz entre la atención primaria y comunitaria, y la atención hospitalaria, los países pioneros

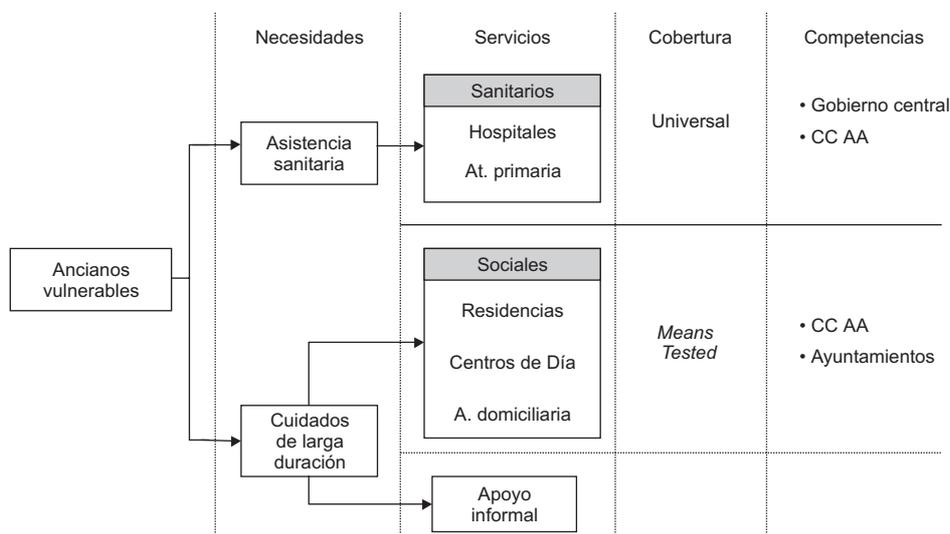
en Europa son Gran Bretaña (Grupos de Atención Primaria, GAPs), Holanda (Programas de Cuidados Transmurales), y Dinamarca (Médicos de atención primaria como coordinadores de los hospitales) que desarrollan modelos de integración muy diferentes entre sí. El primero se basa en la transferencia de poderes de coordinación y presupuestos a comités multidisciplinares integrados por médicos de primaria, enfermeras, y autoridades locales; el segundo, de menor escala, en dar libertad a los hospitales para invertir hasta un 3 por 100 de sus presupuestos en la financiación de programas de atención integrada innovadores (Kumpers *et al.*, 2002). En ambos casos, la estrategia se basa en la delegación de nuevos poderes de coordinación a los profesionales (de primaria o de hospitalaria), junto con una transferencia parcial del presupuesto y el riesgo financiero.

Otra posibilidad es contratar a profesionales de otros niveles de atención a tiempo parcial como proveedores o coordinadores de servicios. Éste el caso de los médicos de AP contratados a tiempo parcial por los hospitales como coordinadores del interfaz primaria-hospitalaria en Dinamarca (Olesen *et al.*, 1998). A la inversa, desde finales de los noventa los médicos de AP británicos están experimentando con la contratación de especialistas hospitalarios para realizar consultas periódicas conjuntas en el centro de salud, de manera que les permita aprender nuevas técnicas (Bond *et al.*, 2000). En la misma dirección se producen por las mismas fechas una serie de nuevas formas de integración virtual centradas en la gestión de recursos humanos. Algunas consisten en reubicaciones del personal como las ocurridas en Gran Bretaña, donde las enfermeras comunitarias dependientes de servicios sociales empiezan a utilizar como base de trabajo en los centros de salud (lo que les permite integrarse en los equipos de AP), aunque sigan vinculadas contractual y organizativamente a los servicios sociales (Mays *et al.*, 1998).

En cuanto al interfaz entre la atención sanitaria y la sociosanitaria, se han dado también experiencias pioneras del mismo talante, sobre las que existe alguna evidencia empírica que permite valorar su coste-efec-

GRÁFICO 4

ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA A ANCIANOS VULNERABLES



FUENTE: CASADO *et al.*, 2002.

tividad relativa con respecto a la asistencia tradicional. Por ejemplo, una experiencia piloto llevada a cabo en Italia de creación de un equipo multidisciplinar de atención comunitaria geriátrica, evaluado como un ensayo clínico, sugiere que son posibles reducciones en los costes cercanas al 23 por 100 obteniendo además mejores resultados en salud (Bernabei *et al.*, 1998).

El estudio McKinsey, que examina el desempeño de Alemania, Estados Unidos y Gran Bretaña en la atención a unas cuantas patologías, concluye que en este último país la atención a la diabetes es más coste-efectiva debido a la implantación de unidades multidisciplinarias de cuidados de larga duración a estos pacientes (Garber, 2003). En la misma línea, la investigación de la OCDE sobre el mismo tema considerando un amplio grupo de países avanzados concluye también que la existencia de unidades de infartados en los hospitales

escandinavos que combinaban la atención hospitalaria con la comunitaria y la sociosanitaria parece ir asociado a mejoras en resultados (Jacobzone, 2003).

La evidencia creciente sobre las ventajas de afrontar los nuevos problemas de salud a través de comités multidisciplinares autogestionados liderados por profesionales sanitarios y del área de servicios sociales ha traído como resultado una creciente proliferación de experiencias de este tipo en los países avanzados de nuestro entorno. Sin embargo, parece haber habido menos avances en este campo en Europa que en el de la coordinación entre niveles de atención. Fuera de Europa, Estados Unidos (programa PACE, Social Health Maintenance Organizations) y Canadá (programas SPA y PRISMA) han liderado las reformas en el sector. En Europa, Gran Bretaña y Holanda figuran de nuevo entre los países pioneros. En Gran Bretaña, se han creado *equipos de atención sanitaria y social integrada* forma-

dos por personal de los servicios sanitarios y sociales (Casado, 2003a).

En Holanda, a finales de los noventa se crean *órganos regionales de indicación* (RIO) también de composición mixta sanidad/servicios sociales, pero en ellos los profesionales actúan principalmente como asesores, mientras que el poder de coordinación lo detentan las autoridades gestoras. Y en el 2003 (Raas y Vos, 2003) se lanzan otra serie de medidas orientadas a promover la coordinación entre servicios sanitarios y otros servicios públicos en el ámbito de los cuidados de larga duración (apartado 3). En Francia, el sistema sanitario prevé contratar un contingente importante de enfermeras especializadas independientes que actúen de evaluadoras y gestoras de las necesidades de los pacientes (Busse y Schlette, 2003).

*Lenta respuesta en España,
especialmente en atención sociosanitaria*

En Europa, el gobierno español es uno de los que reacciona más tarde en este campo, junto con otros países de tradición católica y familiarista (van Raak *et al.*, 2003). La innovación en España, como en Europa, se ha limitado inicialmente a unas pocas CC AA que han sufrido el impacto del envejecimiento antes y más intensamente, para extenderse sólo muy lentamente al resto del territorio. Una mención especial merece el caso de Cataluña, cuyas experiencias pioneras en este campo han constituido un referente para otras Comunidades Autónomas y el Estado, así como para países como Gran Bretaña. El programa *Vida als anys*, iniciado en 1988, sentó las bases de un modelo de re-estructuración hospitalaria basado en la reconversión de camas de agudos en camas de cuidados de larga duración, y en la creación de equipos mixtos sanidad/servicios sociales a nivel comunitario y hospitalario.

En el ámbito del gobierno integrado de servicios, el gobierno catalán lanzó a finales de los noventa un experimento piloto de descentralización de presupuestos a

entidades de gestión mixtas público/privado de ámbito comarcal, a las que se transfiere también la responsabilidad y el riesgo financiero de la atención integrada (Busse y Schelette, 2003). Otras CC AA que han innovado considerablemente en el sector durante los últimos años son Cantabria, Galicia y Aragón. Por lo demás, en el resto del territorio se han dado un buen número de experimentos locales, que no han generado un cambio importante a nivel nacional debido a la falta de apoyo, poder y recursos por parte de los gobiernos autonómicos y central (Casado *et al.*, 2002; Duncan y Castellón, 2003).

A pesar de ello, los datos del Barómetro Sanitario de 2002 (MSC, 2003) sugieren que el sistema sanitario español no parece haber respondido mal al cambio demográfico hasta el momento. La sanidad es el sector más valorado de los siete consultados, aunque entre los mayores de 65 años es superado por las pensiones. El sistema sanitario público merece una calificación global bastante positiva (6 puntos sobre 10), sobre todo entre quienes tienen más de 56 años y entre quienes utilizan exclusivamente el sector público. El mayor descontento se localiza entre los más jóvenes y entre los habitantes de las ciudades más grandes, pero no hay diferencias según nivel de estudios, actividad o ingresos una vez ajustados por edad.

El problema más importante que parece derivarse del aumento de la presión de demanda vinculada al envejecimiento es el aumento de las listas de espera en atención especializada y hospitalaria, y la sobrecarga de la primaria. La primaria parece haber absorbido mejor los costes y mejorado la calidad, sin disminuir la accesibilidad. En contraste, la insatisfacción con el acceso en especializada es el principal punto negro del sistema (junto con la información proporcionada por las autoridades), aunque la satisfacción con los profesionales y la atención recibida aumenta (MSC, 2003). Otro área en el que se detectan deficiencias es en la implantación de programas de atención preventiva y comunitaria en la atención primaria, debido principalmente a la sobrecarga citada y el aumento muy lento en los presupuestos del sector (Casado *et al.*, 2002).

Política sanitaria: gobierno, financiación y cobertura

Expansión de la cobertura, nuevas fórmulas de financiación y gobierno en Europa

El desarrollo adecuado de la atención integrada no sólo requiere innovaciones en la coordinación e integración de servicios, sino también, y sobre todo, una serie de mecanismos de apoyo sin los cuales pocos avances pueden realizarse. La ampliación de la cobertura y la oferta en cuidados de larga duración, y las innovaciones en el gobierno y en la financiación de los servicios son probablemente los cuatro pilares más importantes para el desarrollo de la atención integrada. A ellos dedicamos nuestra atención en este apartado. Formación e información son otros dos requisitos que conciernen directamente a los políticos y gestores sanitarios, que discutimos brevemente al final.

En cuanto a las nuevas formas de gobierno en atención integrada, la evidencia disponible sugiere que, dadas las importantes asimetrías de información que existen en el sector, y que afectan a pacientes, políticos y gestores, existe acuerdo sobre la necesidad de transferir la gestión y la coordinación de los servicios a comités multidisciplinares de proveedores locales (apartado 2.1) y transferirles también una parte de los costes de oportunidad (es decir, del riesgo económico) de no derivar a comunitaria y sociosanitaria. Ello requiere un cambio importante en las funciones de las autoridades sanitarias, que en vez de gestionar directamente, deben transformarse en agencias de apoyo a los profesionales y de regulación de los sistemas de decisión a nivel local, y en garantes últimos de la responsabilidad democrática y la equidad. *Información, regulación del autogobierno, y control de la calidad, la tecnología y el acceso constituyen retos claves entre las nuevas funciones que deben pasar a desempeñar los gobiernos en sanidad.*

Dada la importancia estratégica de garantizar un apoyo ágil desde la administración a los equipos semiautónomos de profesionales, en varios países el lanzamiento de nuevas formas de atención integrada ha supuesto

una transferencia de la responsabilidad política a los gobiernos locales. Ésta es la solución por la que se opta en 1992 en Suecia (reforma Ädel), por la que los municipios adquieren la responsabilidad financiera sobre los ancianos que esperan en el hospital a que se les conceda atención sociosanitaria municipal. En otros países nórdicos los gobiernos locales fusionan sus departamentos de sanidad (a cargo de primaria y comunitaria) y servicios sociales. En Holanda, el proyecto de Ley de Atención Comunitaria del 2004 descentraliza la coordinación de los cuidados de larga duración a los municipios, como respuesta al fracaso percibido de las agencias regionales independientes creadas a finales de los noventa (Fabricotti y Helderman, 2003). En Gran Bretaña, se fusionan las agencias de inspección y auditoría de los servicios sanitarios y sociales (Robinson, 2003).

En cuanto a la ampliación de la cobertura en cuidados de larga duración, varios de los países avanzados han tomado o debatido medidas durante los últimos años. En Canadá, en el 2003 se amplía la cobertura pública universal al ámbito de la atención a domicilio poshospitalización; y en Estados Unidos se discutía también un proyecto semejante en el 2003 (Busse y Schlette, 2003). En Inglaterra, en el 2003 se amplía la cobertura a la enfermería domiciliaria en atención sanitaria (por ejemplo, a los enfermos de cáncer); y en Escocia se amplía tanto a la enfermería domiciliaria como a la prestación de servicios sociales personales (enfermos de Alzheimer) (Robinson, 2003).

En la dirección contraria, tanto en Italia (co-pagos del 100 por 100 en atención especializada ambulatoria) como en Holanda (paso de prestaciones del paquete básico al paquete complementario) se ha reducido la cobertura de las prestaciones a través de aumentos en los co-pagos (Fabricotti y Helderman, 2003). En ambos países se han debatido además en el parlamento propuestas de reducciones más radicales de la financiación pública, como conceder a los ciudadanos la opción de transferir sus contribuciones del aseguramiento público al privado o suprimir la cobertura pública en primaria y atención domiciliaria.

Conviene ser cauteloso en lo que se refiere a la evolución de los mecanismos de financiación y su impacto potencial sobre la equidad. Durante las dos últimas décadas ha habido un crecimiento importante de la financiación privada (copagos y pólizas) en relación a la financiación pública (impuestos y cuotas a la Seguridad Social). Sin embargo, existe evidencia consistente de que la financiación pública, y especialmente los impuestos, resulta moderadamente progresiva o proporcional en la mayoría de los países europeos; mientras que la financiación privada es marcadamente regresiva, es decir recae en mayor medida sobre los pobres y ancianos (que además están más enfermos), que sobre los jóvenes y ricos (Evans, 2002; Schoen, 2003).

Lo anterior refleja una buena cantidad de investigación y propuestas innovadoras sobre fórmulas de financiación privada. Por contra, sorprende la poca investigación e innovación sobre fórmulas de financiación pública innovadoras y sobre su aceptabilidad por parte de los ciudadanos. En Europa, los países escandinavos y Holanda son los únicos donde la financiación pública es mayoritaria en el sector desde los años sesenta y setenta, y sobre la base de impuestos y contribuciones más altos. Los niveles de gasto varían entre países, pero la satisfacción es para todos ellos más alta. Desde mediados de los años noventa, y como resultado de los límites percibidos de los copagos como fuente de financiación adicional, se empieza a experimentar con fórmulas de financiación pública innovadoras en Europa.

Alemania lanza en 1995-1996 un nuevo seguro de dependencia basado en la contribución de un 1,7 por 100 de los salarios (0,85 por 100 los asalariados y otro tanto los empresarios). Los sindicatos aceptan además renunciar a un día de vacaciones (lo que se evalúa en un 0,5 por 100 del salario). El funcionamiento del nuevo seguro de dependencia ha tenido sus más y sus menos. La práctica de no actualizar las tarifas pagadas a los proveedores según la inflación ha provocado numerosas protestas y cierres en el sector (Weinbrenner y Busse, 2003). En Francia se instaura en 1996 un impuesto específico del 1 por 100 para financiar la amplia-

ción del gasto sanitario. En varios países, como en Austria o en Alemania, se están examinando propuestas para ampliar progresivamente la contribución de los mayores de 65 años a la financiación de los cuidados de larga duración, hasta alcanzar el 3-5 por 100 de sus pensiones (Busse y Schlette, 2003).

Un último tema importante se refiere al aumento previsto del gasto sociosanitario en cuidados de larga duración a ancianos. En algunos países pioneros en la cobertura pública de este sector, como los escandinavos y Holanda, se observa que los mayores crecimientos del gasto derivados del envejecimiento se concentran en este sector. A cambio, en estos países el gasto sanitario de los mayores de 65 se sitúa por debajo de la media europea. Sin embargo, resulta incierto en qué medida los seguros de dependencia van a establecerse con una cobertura poblacional amplia en países como España donde apenas existe intervención pública en el sector (Bains, 2003).

Ello sugiere que abordar los problemas de orden socio sanitario de una sociedad parece constituir un tipo de intervención pública eficiente y rentable, no solamente en términos éticos, sino también económicos, ya que es de esperar que tenga un impacto positivo directo sobre la productividad de los trabajadores (menos bajas por enfermedad), el gasto sanitario y sociosanitario (a medio y largo plazo es más barato intervenir en las etapas iniciales de evolución de una enfermedad), y la tasa de actividad (vía liberación de cuidadoras). A pesar de la importancia de esta cuestión, se sabe muy poco sobre el efecto agregado que una ampliación de la cobertura en atención sociosanitaria puede tener sobre la disminución de actividad que cabría de esperar en la asistencia sanitaria (Jacobzone, 2003) o en el aumento potencial del empleo y la actividad.

El estudio de la OCDE pone de manifiesto que la regulación de la introducción de nuevas tecnologías, y la medida en que los mecanismos de pago y financiación incentiven la inversión tecnológica, aparecen como determinantes claves del gasto sanitario agregado (Jacobzone, 2003). Los trabajos de Jönsson y colaboradores

sobre la evolución del gasto sanitario en los países avanzados durante las últimas décadas a nivel macro ponen de manifiesto algunos de los factores adicionales que parecen moderar el gasto por el lado de la oferta: una atención primaria y comunitaria fuerte, con suficientes recursos (por comparación con la asistencia hospitalaria y farmacéutica), y con poder de coordinador de otros niveles de atención; la mayor dimensión del sector público respecto al privado; las políticas de control y planificación del número de profesionales en ejercicio y de la inversión en alta tecnología; y los sistemas de pago basados en la capitación y los mecanismos de reembolso (Gerdtham y Jönsson, 2000).

En cuanto a la ampliación de la oferta, una de las prioridades centrales es *ampliar las categorías y el número de profesionales vinculados a la atención comunitaria*: enfermeras y médicos de familia, enfermeras y médicos especialistas en grupos de población y patologías concretas (geriatras, salud mental, diabetes, asma). Los países escandinavos, Gran Bretaña y Holanda han sido pioneros en Europa, con importantes aumentos en estas categorías de personal. Ello ha supuesto en algunos casos (enfermeras, especialistas –salvo en Holanda–) la expansión del sector público; y en otros (médicos de familia –progresivamente especialistas en medicina de familia, salvo en Suecia y Finlandia–), la del sector concertado sin ánimo de lucro.

De hecho, una segunda respuesta compartida por la mayoría de los países avanzados es el *recurso al sector privado como estrategia principal de ampliación de la oferta de cuidados de larga duración*. En Holanda se permite la contratación de proveedores privados de atención domiciliaria en 1997 como medida para aliviar las listas de espera. Tras varios escándalos relacionados con la selección de pacientes (obstáculos al acceso de los más enfermos), poco más tarde se abolió la medida. En el 2000 se vuelve a instaurar, después de que los tribunales conminaran al Estado a solucionar la cuestión de las listas de espera. Esto conduce a un aumento de costes del 15 por 100 entre 2001 y 2003. En el 2004, comienzan a implantarse medidas de racionamiento en los

cuidados de larga duración, por la vía de la exclusión de prestaciones del catálogo (Fabricotti y Helderman, 2003). En Dinamarca se amplía por ley en el 2003 la libertad de elección de los pacientes a los proveedores privados, que pasan a competir bajo contrato y regulación estatal con las autoridades municipales (Christiansen, 2003). Y en Inglaterra se toman medidas semejantes desde inicios de la década de los 2000 (Robinson, 2003).

Para terminar, uno de los requisitos claves para la expansión de la atención integrada es el desarrollo de *programas de formación* y reciclaje profesional específicos, tanto para fomentar la especialización de los profesionales comunitarios, como para desarrollar nuevos generalistas que hagan el papel de coordinadores supraespecialistas. En cuanto a *la información, la telemática y sus aplicaciones a la coordinación* entre niveles de atención (como las bases de datos de historias clínicas electrónicas o las tarjetas sanitarias inteligentes), sorprende que a pesar de sus importantes potencialidades haya recibido menor atención relativa que la alta tecnología. Otro campo clave relacionado con la información es la evaluación e investigación sobre formas de provisión y coordinación de cuidados alternativos (Rico y Fuentes, 2004).

Consenso sobre la necesidad de intervenir pero poco avance aún en España

En España, el avance en el desarrollo de la atención sociosanitaria, y de la coordinación entre niveles aparece dificultado por la distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno. Durante la última década se han dado pasos muy importantes en este proceso. Desde comienzos de los años noventa cada CC AA es responsable de los servicios sociales de financiación pública. Y desde 2002 todas ellas lo son, asimismo, de los servicios de asistencia sanitaria pública en su territorio. Ello abre la posibilidad de que las CC AA puedan ensayar estrategias de coordinación entre ambos dispositivos a nivel local, y de que cada CC AA defina un espa-

cio propio para la atención sociosanitaria. Algunos ayuntamientos de ciudades grandes también prestan servicios sociosanitarios (sobre de teleasistencia y asistencia a domicilio para personas mayores en riesgo).

La experiencia indica que la definición y la cobertura de la atención sociosanitaria varía considerablemente entre CC AA, dada la ausencia de regulación estatal del sector. Ello podría sugerir un mejor ajuste a las necesidades locales, pero también introducir problemas de infracobertura e inequidad. El gobierno central ha intentado avanzar en el establecimiento de sistemas coordinados de atención sanitaria y social, como el Plan Concertado impulsado desde el IMSERSO durante los años noventa, orientado a expandir la oferta; el *Plan Gerontológico* de 1993, que trata de sentar las bases para la coordinación sociosanitaria; o el Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1995, que también introduce por primera vez este concepto en sanidad.

A pesar de estos esfuerzos, la cuestión clave de la expansión de la cobertura en atención sociosanitaria permanece sin resolver, y constituye una de las principales causas de insatisfacción por parte de los ciudadanos. De acuerdo con el Barómetro de 2002, el 72,08 por 100 de los encuestados opina que los recursos públicos destinados a atención sociosanitaria son insuficientes o muy insuficientes, y casi tres cuartas partes de los encuestados opina que la responsabilidad de la atención sociosanitaria debería ser compartida por el Estado y las familias y sólo una cuarta parte piensa que le corresponde en exclusiva a las familias. Además, el 64,9 por 100 opina que la atención de los padres por los hijos desaparecerá en el futuro.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, intenta definir por primera vez en España un espacio propio para la atención sociosanitaria, y promover y coordinar las estrategias autonómicas en el sector. La Ley define la atención sociosanitaria como *«el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios*

sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social». La Ley establece que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de actuación que cada CC AA determine y comprenderá los *«cuidados sanitarios de larga duración, además de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable»*. También propone la extensión de la cobertura en este ámbito, y en atención dental, a través de la articulación de nuevas formas de financiación.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se está trabajando en la actualidad para introducir elementos adicionales de clarificación. Por un lado, con un proyecto de investigación dirigido por el recién creado Observatorio del SNS sobre la atención sociosanitaria el cual revisa el contexto internacional y las políticas que se siguen en las CC AA. Por otro, mediante la definición de la cartera de servicios sociosanitarios que ha de ser el conjunto común de servicios de financiación pública que los ciudadanos deberán recibir independientemente de su lugar de residencia.

Paralelamente, en España se ha desarrollado durante la última década un debate sobre la forma de garantizar la cobertura de las situaciones de dependencia y financiar sus costes. En general, casi todos admiten la financiación mixta de los servicios sociales. Sin embargo, unos defienden la necesidad de elaborar una Ley Básica de Servicios Sociales uno de cuyos desarrollos sería un catálogo básico de servicios socio sanitarios. Otros, en cambio, abogaban por establecer un Seguro de Dependencia aunque divergen en el monto y el tipo de subsidios públicos que debería recibir y en cómo se gestionaría (Observatorio del SNS, 2004). Un reciente informe del Defensor del Pueblo sobre atención sociosanitaria (Defensor del Pueblo, 2000) se hacía eco del carácter inconcluso de este debate.

En el otoño de 2003 el Gobierno creó un grupo de trabajo sobre la dependencia liderado por el Ministerio de Economía el cual produjo un informe que nunca fue publicado. Casi simultáneamente, el Congreso de los Di-

putados aprobó el Informe elaborado por la Comisión no Permanente de seguimiento del Pacto de Toledo que incluye una recomendación sobre la dependencia. El Informe considera necesario configurar un sistema integrado que aborde globalmente el fenómeno con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles. También aboga por una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas Administraciones Públicas, garantizando los recursos públicos y privados necesarios para su financiación y la igualdad de acceso.

4. ¿Hacia la política basada en la evidencia?

El punto de partida del proyecto de investigación en el que se encuadra este trabajo es que la perspectiva clásica del problema del envejecimiento resulta especialmente inadecuada para analizar el impacto de la demografía sobre servicios públicos como la sanidad, que por comparación con las pensiones o los seguros de desempleo, son mucho más complejos de producir y financiar. La prospectiva clásica estima tendencias de gasto sobre la base de proyecciones demográficas, asumiendo que el resto de factores permanece constante. Y asume que el envejecimiento se traducirá en un empeoramiento de la salud, y que no habrá cambios en sanidad. De ahí que se prevean problemas insuperables para los sistemas sanitarios públicos.

Sin embargo, cuando se analiza el problema teniendo en cuenta un conjunto de determinantes más amplio, y desde el análisis de la evidencia disponible sobre el pasado, el potencial conflictivo de la demografía en sanidad a largo plazo podría ser relativamente menor (Casado, 2000; Moïse y Jacobzone, 2003). De un lado, el impacto del envejecimiento sobre el sistema sanitario aparece mediado por el nivel de pobreza y de educación de los mayores, y por sus hábitos de vida. En los países avanzados, el nivel y la calidad de vida de los ancianos

está aumentando rápidamente desde hace más de una década. Ello sugiere que el envejecimiento ejercerá cada vez menos presiones sobre el sistema. En contraste, la mortalidad prematura, vinculada a los hábitos de vida de los adultos jóvenes más desfavorecidos (que no mejoran ni en Europa ni en España), se convertirá probablemente en la principal fuente de presiones sobre el sistema sanitario en el futuro.

En el corto y medio plazo, sin embargo, se puede esperar que el envejecimiento ejerza presiones importantes sobre todo en aquellos países, como España, en donde el nivel y la calidad de vida de los mayores son aún comparativamente bajos. Además, un problema añadido en nuestro país es la progresiva desaparición de la familia como fuente de cuidados informales, que durante las últimas décadas ha venido asumiendo la mayor parte de los costes sanitarios y sociales del envejecimiento de la población. Debido a ello, el desarrollo de la asistencia sociosanitaria formal ha sido muy lento, especialmente desde el sector público. Por tanto, y dada la magnitud del problema del envejecimiento en España, si el dispositivo sanitario y sociosanitario no responde a tiempo, es de esperar que el gasto y los costes sociales derivados del problema del envejecimiento se disparen en el futuro próximo.

Los aumentos relativamente moderados que se prevén en sanidad como consecuencia del envejecimiento demográfico podrían ser relativamente sencillos de afrontar, en cualquier caso, si en vez de suponer que el gobierno y la provisión de servicios permanecen constantes asumimos tasas de innovación importantes en este campo. Un tema clave es la intensidad tecnológica de las intervenciones sanitarias. Existe evidencia de que la intensidad del uso de la alta tecnología en unos pocos grupos de enfermedades determina en gran medida la evolución del gasto en las sociedades avanzadas. En particular, el acceso de los mayores a la tecnología puede ser clave en el futuro.

Sin embargo, la rentabilidad social de la alta tecnología aparece cuestionada por la evidencia existente a nivel macro. Los países donde la intensidad tecnológica

de los tratamientos a los mayores es más alta no obtienen mejores resultados. Los países que apuestan por la atención comunitaria y las intervenciones menos intensivas son los más eficientes: gastan en torno o sólo algo por encima de la media, y obtienen mejores resultados en salud. Además, merece la pena destacar que no está claro en qué medida los individuos elegirían tratamientos más agresivos e intensivos en sus últimos meses de vida, si el consentimiento informado y la eutanasia fueran derechos efectivos.

La evidencia sugiere por tanto que la ampliación de la cobertura y la oferta en atención sociosanitaria, y la promoción de la atención integrada, no sólo pueden absorber una buena parte de los costes del envejecimiento a relativo bajo precio, sino también prevenir la escalada de costes en el futuro. Las nuevas estrategias en sanidad, dirigidas a reforzar la atención comunitaria como sustituto de la hospitalización, y directamente vinculadas al factor tecnológico, suponen para el sector sanitario un reto importante dada la escasa dotación y experiencia en este campo. Las interacciones entre el envejecimiento y el factor epidemiológico enfatizan que la prevención de las enfermedades crónicas y las discapacidades es clave para evitar grandes presiones sobre el sistema. Y la centralidad de la prevención actúa también en la dirección de aumentar la demanda de integración de la atención sociosanitaria.

El aumento de la oferta en atención sociosanitaria, y su integración con otros servicios y niveles de atención, requieren una serie de medidas políticas de apoyo para poder convertirse en realidad. En primer lugar, requiere una ampliación de la cobertura y la financiación. Existen varias experiencias recientes en este sentido tanto en Europa como en los países más avanzados de nuestro entorno. Además, la atención integrada requiere una remodelación profunda de las estructuras de gobierno de la sanidad. De un lado, supone transferir poderes de coordinación efectivos a equipos de profesionales que actúan a nivel local. De otro, supone reorientar los gobiernos central y regionales, de manera que se orienten a apoyar y supervisar las decisiones de los profesiona-

les. Información, regulación, acceso y calidad constituyen los cuatro pilares de una política sanitaria integrada. La promoción del consentimiento informado también pueden contribuir al desarrollo de la atención integrada.

A pesar de ser uno de los países donde se espera que el problema del envejecimiento alcance mayor magnitud en un futuro próximo, nuestro país forma parte del grupo de países europeos que aún no han reformado la atención sociosanitaria. Como resultado, la oferta de servicios sociosanitarios es insuficiente, y está fragmentada entre los servicios sociales y la atención comunitaria. Mientras, la demanda global aumenta más rápidamente que en otros países. La evidencia europea e internacional, y las tendencias recientes en España, apuntan a que la atención sociosanitaria pase pronto de ser un sector de actividad infradesarrollado a convertirse en una modalidad de prestación de cuidados de alta complejidad médica a enfermos crónicos través de atención comunitaria (es decir, en el domicilio, residencia, o barrio del anciano) prestada por equipos multidisciplinares autónomos. Ello contribuiría a promover una vejez más sana y autónoma en el futuro, y por tanto, a prevenir las posibles presiones sobre el gasto en el futuro.

Para ello, en España podrían constituirse equipos con base en el centro de salud, integrados por geriatras, internistas, médicos de familia y enfermeras de varios niveles. La evidencia internacional sugiere que los equipos locales parecen obtener mejores resultados que los comités a nivel de área de salud, comarcales o regionales. Dada las características institucionales del sistema sanitario en nuestro país, parece razonable que los nuevos equipos utilicen soluciones afines, como la contratación a tiempo parcial de personal de otros niveles o sectores utilizada en los países escandinavos. Para dotar de responsabilidad legal y financiera a estos equipos, la figura del consorcio parece especialmente adecuada (Casado, 2003b).

Para que la atención integrada a ancianos vulnerables pudiera funcionar en nuestro país, la ampliación de la cobertura en el ámbito de las residencias asistidas, la

atención domiciliaria y los centros de día, parece el primer paso necesario para que la actividad de los equipos pueda generar mejoras coste-efectivas. La Ley de Calidad y Cohesión en el SNS representa un primer paso en esta dirección. La ampliación de la cobertura supone replantearse el tema de la financiación. La introducción de un impuesto autonómico específico para la expansión de los cuidados sociosanitarios parece una alternativa razonable (Casado, 2003b). Las experiencias internacionales revisadas en este trabajo sugieren que la magnitud media del impuesto debería estar en torno al 1-2 por 100. Los países con mayores tasas de envejecimiento e intensidad tecnológica de los tratamientos a los mayores se han planteado además un aumento paralelo de las contribuciones a la seguridad social de los mayores de 65 años de en torno a un 2-3 por 100 de sus pensiones. En España, se han propuesto, además, nuevos tipos de hipotecas que permitan a los mayores capitalizar el valor de sus viviendas por adelantado para contribuir a la financiación de la asistencia (Ahn *et al.*, 2003). Por último, los datos europeos sugieren también que para que el sistema resulte sostenible en el futuro, resulta clave abrir un debate político amplio en torno al consentimiento informado y la eutanasia.

Referencias bibliográficas

- [1] AHN, N.; MESEGUER, J. y HERCE, J. (2003): *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*, Fundación BBVA, Madrid.
- [2] BAINS, M. (2003): «Projecting Future Needs», en OCDE (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, OCDE, París.
- [3] BECCA, R. L.; SLADE, M. D.; KUNKEL, S. R. y KASL, S. V. (2002): «Longevity Increased by Positive Self-Perception of Aging», *Journal of Personality and Social Psychology*, volumen 83, número 2, 261-270.
- [4] BERNABEI, R. *et al.* (1998): «Randomized Trial of the Impact of Model of Integrated Care and Case Management for People Living in the Community», *British Medical Journal*, 316, 1348-51.
- [5] BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2003): *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, Madrid.
- [6] BOND, M.; BOWLING, A. *et al.* (2000): «Evaluation of Outreach Clinics Held by Specialists in General Practice in England», *British Medical Journal*, 54, 149-156.
- [7] BUSSE, R. y SCHLETTE, S. (2003): «Health Policy Developments», *International Trends and Analyses*, Issue 1/2003, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs., disponible en URL www.healthpolicymonitor.org.
- [8] CASADO, D. (2000): «Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto: mitos y realidades», *Gaceta Sanitaria*, 15, 2, 154-163.
- [9] CASADO, D. (2003a): «A vueltas con los sociosanitarios», *Economía y Salud*, 48, 1-2.
- [10] CASADO, D. (2003b): «El futuro del seguro de dependencia», *Gaceta Sanitaria*, 17, 1, 1-3.
- [11] CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*, Fundación «La Caixa», Barcelona.
- [12] CASADO, D.; RICO, A. y SABÉS, R. (2002): «Atención integrada a ancianos dependientes en España», en PALANCA, I. y RICO, A. (eds.), número monográfico sobre *Salud y Equidad*, *Documentación Social*, número 127.
- [13] CHRISTIANSEN, T. (2003): «Free Choice of Provider of Personal and Practical Help», *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs., disponible en URL: www.healthpolicymonitor.org.
- [14] DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): *Informe sobre atención sociosanitaria*, Madrid.
- [15] DUNCAN, E. y CASTELLÓN, E. (2003): «The Challenge of Dependency in a Changing Society: New Tools for a New Era at the Health-social Care Interface», en MILBANK MEMORIAL FUND (ed.), *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-term Care in Eight Countries*, Electronic Report, disponible en: <http://www.milbank.org/reports/interRAI/030222interRAI.html#spain>.
- [16] DURÁN, M. A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Madrid.
- [17] ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1997), SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA (1999): Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- [18] ESTEBAN, M.; MIÑARRO, R. y GUTIÉRREZ, P. (2001): «La relación entre recursos, actividades y resultados», en LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (ed.) y RICO, A. (coord.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios el Estado de las Autonomías*, Fundación BBVA e IEA, Bilbao.
- [19] EVANS, R. (2002): «Who Gains and Who Loses from Changes in the Public-private Mix?», en *Alternative Approaches to Financing Health Care in Canada*, Report submitted to the Commission on the future of health care in Canada, disponible en URL: <http://www.healthcoalition.ca/evans.pdf>.
- [20] FABBRICOTTI y HELDERMAN (2003): «Integrated Care for the Elderly», *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertels-

mann Foundation Pubs., disponible en URL www.healthpolicy-monitor.org.

[21] GERDTHAM, U. G. y JÖNSSON, B. (2000): «International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis», en CULYER, A. J. y NEWHOUSE, J. P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, volumen I, Amsterdam, Elsevier.

[22] INSTITUTO DE MIGRACIONES y SERVICIOS SOCIALES (2002): *Las personas mayores en España*, Informe, Madrid.

[23] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1999): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, Madrid.

[24] JACOBZONE, S. (2003): «Understanding the Performance of Health Systems», en OECD (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, OCDE, París.

[25] MACKENBACH, J. P. et al. (2003): «Tackling Socioeconomic Inequalities in Health: Analysis of European Experiences», *Lancet*, 362, 1409-14.

[26] MAYS, P. G.; HALVERSON, P. K. y KALUZNY, A. D. (1998): «Collaboration to Improve Community Health», *Journal on Quality Improvement*, 24, 10, 518-540.

[27] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2003): *Barómetro Sanitario 2002*, Madrid (mimeo).

[28] NACIONES UNIDAS: Segunda Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento. <http://www.madrid2002-envejecimiento.org>.

[29] MOÏSE, P. (2003): «The technology-health expenditure link», en OCDE (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, OCDE, París.

[30] MOÏSE, P. y JACOBZONE, S. (2003): «Population Aging, Health Expenditure and Treatment», en OECD (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, OCDE, París.

[31] OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2004): *La atención Sociosanitaria en España: experiencias actuales y para el futuro*, Madrid.

[32] OLESEN, F.; JENSEN, P. B.; GRINSTED, P. y HENRIKSEN, J. S. (1998): «GP as Advisers and Coordinators in Hospitals», *Quality in health care*, 7, 42-47.

[33] RICO, A. y MORENO, J. (2004): *Epidemiología, Tecnología y Sociedad, en España 2015*, Fundación Española de Ciencia y Tecnología, Madrid.

[34] ROBINSON, R. (2003): «Recent Reforms of Policy on Long-term Care for the Elderly», *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs, disponible en URL: www.healthpolicymonitor.org.

[35] SCHOEN, C. (2003): «Aging and Health Policy: The Value of International Comparisons and the Potential of Surveys to Add a Missing Perspective», en OCDE (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, OCDE, París.

[36] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GERIÁTRICA; BAZTÁN, J. J.; SUÁREZ, F. Y GARCÍA, F. J. (eds.) (2004): *Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores*, Madrid.

[37] WEINBRENNER, S. y BUSSE, R. (2003): «Proposals to Achieve Financial Sustainability of Long-Term Care Insurance in Germany», *Health Policy Monitor*, Bielefeld, Bertelsmann Foundation Pubs, disponible en URL: www.healthpolicymonitor.org.

[38] WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): *Active Ageing. A Policy Framework*, Ginebra.

[39] ZUNZUNEGUI, V. (1998): «Envejecimiento y Salud», en *Informe SESPAS 1998*, capítulo 4, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.