


Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud

COD. FUN169



**Estudio de las pautas
previsibles de utilización
futura de servicios sanitarios
por mayores, frente a la
viabilidad financiera del
sistema de salud**



COLECCIÓN DOCUMENTOS DE TRABAJO
www.fundacionpfizer.org





Coordinador del estudio

Álvaro Hidalgo Vega
Director del SIES

Universidad de Castilla-La Mancha

El estudio ha sido realizado
bajo solicitud de la Fundación
Pfizer, actuando como impulsora
y promotora del proyecto



Investigadores

Santiago Pérez Camarero

Director del Instituto Max Weber

Juan del Llano Señarís

Director de la Fundación Gaspar Casal

Gema Pi Corrales

Relaciones Institucionales de la
Fundación Gaspar Casal

Antonio Fernández-Bolaños

Profesor de Fundamentos del Análisis
Económico
Universidad de Castilla-La Mancha

Jesús López Díaz

Asesor de Procesos Médico-Quirúrgicos
Dirección General de Asistencia sanitaria
y Calidad. SESCAM

Juan Pablo Pérez Veiga

Jefe de Servicio de Control
Farmacéutico del Área de Farmacia.
SESCAM

Soporte estadístico y preparación de muestras

Almudena González

Estadística
Instituto Max Weber

Antonio Seijas

Economista
Instituto Max Weber

Colaboradores de la Consejería de Sanidad de Castilla-León

Rafael Sánchez Herrero

Director Técnico de Atención Primaria
Gerencia Regional de Salud de la
Consejería de Sanidad de Castilla-León.

Nieves Martín Sobrino

Directora Técnica de Farmacia
Gerencia Regional de Salud de la
Consejería de Sanidad de Castilla-León.

Silvia Fernández Calderón

Directora Técnica de Atención
Especializada
Gerencia Regional de Salud de la
Consejería de Sanidad de Castilla-León.

Colaboradores del SESCAM

José Antonio del Ama Manzano

Secretario General. SESCAM

Jesús Hernández

Director General de Atención Sanitaria y
Calidad. SESCAM

Ángel María Martín

Jefe de Área de Farmacia. SESCAM

Agustín Cañizares

Jefe de Área de Atención Sanitaria y
Procesos Asistenciales. SESCAM

Olga Solas Gaspar

Jefa de Área de Calidad, Investigación e
Innovación. SESCAM

Álvaro Santos

SESCAM

Instituciones colaboradoras

Fundación Pfizer

SESCAM (Servicio de Salud de
Castilla-La Mancha)

SACYL (Sanidad de Castilla y León)

Fundación Gaspar Casal

UCLM (Universidad de Castilla-La
Mancha)

Instituto Max Weber

Edita:

Fundación Pfizer.
Avda. de Europa, 20 B. Parque Empresarial, 28108
Alcobendas. Madrid

Diseño y Maquetación:

Master Line & Prodigio, S.L.
www.masterline.es

Depósito Legal: Pendiente

ISBN: 978-84-938177-2-5

No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni el almacenamiento en un sistema informático, ni la transmisión de cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, registro u otros medios sin el permiso previo y por escrito de los titulares



Presentación

La Fundación Pfizer viene realizando desde hace diez años análisis sistemáticos sobre el envejecimiento de los españoles y sus consecuencias sobre nuestro sistema sanitario y de asistencia social. Así lo atestiguan las publicaciones sobre discapacidad, dependencia y proyecciones de necesidades asistenciales, determinantes del proceso de envejecimiento de la población española, centros de día, epidemiología y costes de dependencia de mayores diabéticos e impacto de la demografía en el gasto futuro de las CCAA.

La presente publicación sobre previsión de utilización de servicios sanitarios para mayores y su efecto sobre la viabilidad del sistema de salud español, se añade a una lista de trabajos, con alcance diverso, sobre el coste sanitario demostrado del envejecimiento. En el discurso sanitario es muy habitual la referencia a este aspecto de la demografía de nuestro país para explicar el crecimiento del gasto en asistencia por encima del aumento del PIB en todos los años del pasado decenio y las dificultades económicas actuales del SNS.

Para comprobar hasta que punto el envejecimiento es causante del aumento de gasto, nuestra Fundación Pfizer publicó en 2009 el trabajo coordinado por el Profesor David Casado sobre el impacto de demografía en el gasto sanitario futuro de las CCAA, partiendo de los microdatos del servicio catalán de la salud referentes a 500.000 usuarios



y al año 2005⁽⁴⁾. Los resultados se extrapolaron al resto de CCAA apoyándose en datos de la Encuesta Nacional de Salud y de proyecciones demográficas del INE hasta 2016.

El presente trabajo, coordinado por Álvaro Hidalgo, se enfocó como un análisis de ese impacto en dos CCAA concretas, de gran extensión de territorio y población dispersa, Castilla León y Castilla-La Mancha y con una composición demográfica y social diferente a la de Cataluña. Con él se ha querido complementar el estudio de Casado y ahondar en aspectos de detalle.

En cuanto al efecto previsible sobre el gasto, los resultados del estudio actual modifican el impacto estimado del envejecimiento por Casado en ambas Castillas. En Castilla La Mancha ese efecto sería mucho menor que lo estimado al proyectar el patrón de gasto de Cataluña y en Castilla.

León sería mayor (siempre teniendo en cuenta la revisión demográfica del INE entre 2005 y 2010). Eso significa que el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario en 2020 en Castilla-La Mancha será previsiblemente menos acusado de lo estimado al extrapolar los datos de Cataluña. En Castilla y León ocurrirá lo contrario.

Con estos resultados se demuestra que, al estudiar separadamente cada comunidad, aparecen diferencias importantes entre territorios en la utilización de los recursos sanitarios. En el caso de los estudios de nuestra Fundación, comprobamos que el patrón de utilización de Cataluña es distinto del de Castilla-La Mancha y el de Castilla y León.

Concretamente en las dos Castillas se evidencia un uso más intensivo de la atención primaria y farmacéutica por las personas mayores que en Cataluña, aunque en atención especializada es menor.

Si nos centramos en la comparación entre las Castillas, que no está afectada por problemas de distinta naturaleza de base de datos

como sucede en la comparación con Cataluña, nos encontramos con resultados de difícil explicación, que demuestran que los patrones de utilización son distintos en ambas Castillas. Concretamente se observa una mayor frecuentación per capita en primaria en Castilla-La Mancha en todos los grupos de edad y ambos sexos, especialmente a partir de 50 años. En ambas Castillas, los hombres son más frecuentadores de primaria que las mujeres a partir de 55 años. También es notablemente superior el gasto farmacéutico per capita en Castilla La Mancha a partir de 45 años y en ambos sexos.

El coste medio en atención hospitalaria es similar en ambas Castillas, para todos los grupos de edad, incluidos los mayores, pero la frecuentación hospitalaria de mayores es más intensiva en Castilla-La Mancha. Esto se agudiza en los muy mayores: en Castilla La-Mancha una persona de 85 y más aún utiliza la atención hospitalaria 5,84 veces más que una de 40-45 en Castilla y León y 7,40 veces más en Castilla-La Mancha. Estas diferencias de utilización en dos comunidades tan próximas y homogéneas en dispersión de la población y características sociales no se entienden del todo bien.

No obstante, esas diferencias de patrón de uso explican la mayor tasa anual del gasto sanitario en Castilla-La Mancha en 2005-2008, respecto a Castilla y León.

Las conclusiones del estudio destacan, como ya ocurría con el dirigido por Casado y otros trabajos, que el envejecimiento encarece la asistencia sanitaria, pero solo significa una parte del fuerte aumento de gastos sanitarios totales producido en la pasada década. El grueso de ese aumento se deriva de la inercia del propio sistema, decisiones clínicas (más pruebas, más ingresos, más intervenciones), decisiones de gestión (más tecnologías y más caras y más servicios) y decisiones políticas (más hospitales, más caros y confortables; más prestaciones; menos esperas).



A esas decisiones responde la población con un uso más intensivo de lo que se le ofrece y aumentando sus expectativas de mejora continua.

Aisladamente, el envejecimiento supone mayor uso de los servicios, más ingresos y mayor coste. Cuánto más coste depende del territorio y de la organización del sistema regional propio, de su cartera de servicios, de la práctica clínica (diagnóstico, hospitalización y atención a domicilio) y de las pautas sociales de utilización.

Que la utilización de recursos por grupos de edad es diferente en cada comunidad autónoma es algo que ya ocurría antes de que el Insalud transfiriera sus competencias, aunque parece haberse agudizado en los últimos dos decenios. La utilización por los más mayores tiene un peso importante en esa diferencia. Por tanto, conseguir que todas las CCAA se acerquen al patrón de mayor contención en esa utilización sería un razonable objetivo de política sanitaria a medio plazo.

En resumen, el envejecimiento, cuya carga es innegable e importante, no es un factor tan determinante para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para mantener controlados sus efectos convendría profundizar en el elevado coste individual que frecuentemente va asociado al último año de vida de maduros y mayores. En ese campo, las variaciones de patrón asistencial entre territorios también parecen ser destacables y su alineamiento con el patrón de costes mas contenidos sería positivo.

Para terminar, todos sabemos que el SNS español no podrá seguir funcionando en los próximos años como lo ha hecho en la década pasada, con aumentos anuales de gasto por encima del PIB. Se impone la austeridad y el replanteamiento de todos los capítulos de gasto.

El envejecimiento, por sí solo, no podrá ser la excusa para no actuar. Habrá que dedicar más recursos a sanidad a medida que se supere la crisis, pero no para hacerlo todo como se venía haciendo hasta ahora y apoyándonos.

(1) "El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA".
David Casado, Jaume Puig-Junoy y Ruth Puig.
Fundación Pfizer. Madrid 2009.

ÍNDICE

Introducción	9
1. Sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud: el marco de la OCDE	15
1.1 Vectores del crecimiento del gasto sanitario	15
1.2 Eficiencia, crisis económica y contención del gasto sanitario.	18
1.3 El efecto del envejecimiento sobre el sistema sanitario	26
2. La utilización de servicios sanitarios de la población mayor a partir de los datos de la EES 2009 y de la ENS 2006	35
2.1 Introducción	35
2.2 Antecedentes	40
2.3 Material y métodos	47
2.4 Resultados	50
2.5 Conclusiones	93
3. Evolución demográfica de Castilla-La Mancha y Castilla y León en comparación a Cataluña	95
3.1 Situación actual de la población de las comunidades autónomas ..	95
3.2 Proyecciones de población de las comunidades autónomas	100
4. Estimación del gasto sanitario de Castilla-La Mancha y Castilla y León en función de la evolución demográfica futura	107
4.1 Introducción	107
4.2 Fuentes de datos empleadas y metodología	109
4.3 Demografía y gasto sanitario futuro	114
5. Demografía y gasto sanitario futuro: comparación de resultados de Castilla-La Mancha y Castilla y León con Cataluña	133
6. Conclusiones	139
7. Bibliografía	147
8. Índice de tablas y gráficos	155



f INTRODUCCIÓN

La preocupación por el crecimiento del gasto sanitario en los países de la OCDE no es un fenómeno nuevo, ya que ha sido recurrente desde los años setenta. De hecho, es esta preocupación uno de los aspectos que sirvieron de motor al desarrollo de la propia economía de la salud como disciplina. Por otra parte, el crecimiento del gasto sanitario en las últimas décadas es un fenómeno compartido por las principales economías del mundo, especialmente las desarrolladas, aunque también lo han experimentado los países en vías de desarrollo y los países emergentes. Sirva como orientación que el gasto sanitario en porcentaje del PIB en los países de la OCDE representaba el 3,8% en 1960, mientras que en el año 2008 este porcentaje se ha incrementado hasta el 9,1%. En casi 50 años, el gasto sanitario casi se ha triplicado.

Las razones para este incremento son muy diversas y van desde la continua aparición de tecnologías más costosas, hasta una mayor preferencia por la asistencia sanitaria por parte de la población como consecuencia del incremento en el nivel de vida. Igualmente unos precios más altos del sector sanitario respecto a la media hacen que el porcentaje del gasto sanitario sobre el producto interior bruto se incremente de forma paulatina. No obstante, parece que en la actualidad y en los países industrializa-



dos es la prestación real media por persona lo que explica en gran medida el alza del gasto sanitario. La población utiliza de forma más intensa los servicios de salud y éstos a su vez incorporan de forma creciente nuevas tecnologías más costosas. Es decir, prestamos más asistencia sanitaria cada vez más cara a los pacientes, siendo esta más intensa, tanto en tiempo, procesos crónicos respecto a los agudos, como en cantidad, mayor duración de los tratamientos y mayor número de pruebas.

Sin embargo desde una perspectiva histórica el aumento de la cobertura y las variaciones demográficas han explicado en gran medida el aumento del gasto sanitario. De esta forma en España a lo largo de la transición española y a medida que nuestro sistema nacional de salud extendía su cobertura a población que estaba fuera del sistema sanitario, el gasto sanitario aumentaba como consecuencia de dicho factor. Ahora bien, una vez alcanzado el 99,5% de cobertura en los años noventa, dicho aspecto dejó de ser relevante, siendo los factores demográficos los que han seguido presionando al alza nuestro gasto sanitario. Los dos aspectos básicos por los que la demografía influye en el gasto sanitario son las variaciones en la población y los cambios en su composición. El aumento o disminución de la población en un territorio se traduce en un cambio en la utilización de los servicios públicos, especialmente en la educación y la sanidad. España ha experimentado en los últimos años un aumento considerable de la inmigración que se ha traducido en un aumento de la población y en un repunte de la tasa de fecundidad. Así del año 2002 al año 2008 el saldo migratorio neto acumulado ha ascendido a 4.290.699 personas, pasando la tasa de fecundidad del 1,27 al 1,39. Este aumento poblacional ha presionado al alza el gasto sanitario en dicho periodo de tiempo tal como han señalado diversos informes. El otro aspecto importante en el que los aspectos demográficos influyen en el gasto sanitario es la composición de la población. Resulta un hecho comúnmente aceptado que el gasto de las personas mayores es más elevado que el de las personas jóvenes. Este hecho se ha constatado en multitud de países, independientemente del sistema sanitario del que dispongan. Así en España el gasto sanitario de las personas mayores de 65 años es 2,7 superior al gasto medio. Por ello, si se incrementase el peso de las personas mayores, al ser su consumo más intensivo el gasto sanitario tendría que crecer, lo que podría generar tensiones que hiciesen insostenible financieramente el sistema sanitario público. Ahora bien, hay que matizar este argumento, ya que como bien señala el trabajado de Casado et al. el gasto sanitario está compuesto por dos componentes: el coste de la mortalidad y el de la morbilidad (Casado, 2009). Diversos trabajos han demostrado que es la proximidad a la muerte y no la edad del individuo lo que explica las diferencias individuales del gasto sanitario (Lubitz and Riley, 1993, Zweifel et al., 1999, Seshamani and Gray, 2004, Stearns and Norton, 2004). Por lo que, si la muerte se produce 5 ó 10 años después el efecto sobre el gasto no estará ligado a la



morbilidad adicional de esos años, sino a la mortalidad, con lo que el envejecimiento sólo supondría diferir el gasto hasta el momento de la muerte.

Ahora bien, la evidencia de la literatura pone de manifiesto que el envejecimiento por sí sólo no parece ser un factor que amenace la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. Por el contrario, parece existir prácticamente unanimidad en todos los trabajos revisados en señalar que son la prestación real media por persona y los cambios tecnológicos, los catalizadores del crecimiento del gasto sanitario público. Del mismo modo, también parece existir un amplio consenso sobre la preocupación que a medio y largo plazo supone la sostenibilidad de los actuales sistemas sanitarios públicos tal como los conocemos en la actualidad.

En este sentido, hay que señalar que cualquier mirada hacia el futuro se encuentra hoy vinculada al concepto de sostenibilidad. Por ello, no es de extrañar que tanto en organismos internacionales como en organismos nacionales, ya sean privados o públicos, se fomenta la investigación sobre los determinantes del gasto sanitario, siendo los aspectos relacionados con el envejecimiento y la demografía de los más estudiados. A nivel internacional destacan el trabajo de Kotlikoff para 10 países de la OCDE (Kotlikoff and Hagist, 2005), un trabajo de la OCDE sobre los determinantes demográficos del gasto salud y cuidados de larga duración (OECD, 2006b) o el informe de la Comisión Europea sobre el impacto del envejecimiento en el gasto público de los países miembros de la Unión Europea en 2006 (Economic Policy and the European Commission, 2006).

En nuestro país, el reciente trabajo dirigido por Cabasés, financiado por la Fundación BBVA, es una muestra de la preocupación existente por los aspectos relacionados con la financiación del gasto sanitario en España (Cabasés Hita, 2010), de la misma forma el trabajo de Casado, financiado por la Fundación Pfizer, se centra en la estimación del impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CC.AA. utilizando para su estimación los microdatos de más de 500.000 usuarios del Registro General de Asegurados (RGA) del Servei Català de la Salut (CatSalut) (Casado, 2009). Igualmente encontramos aspectos relacionados con la sostenibilidad del sistema sanitario público y estimaciones sobre el impacto de la demografía y el gasto sanitario en los dos informes impulsados por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) sobre el gasto sanitario público (Instituto de Estudios Fiscales, 2007, Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005). Una primera estimación a nivel autonómico fue abordada por Puig en 2005 (Puig-Junoy et al., 2005) teniendo como base una investigación previa que tenía como marco el conjunto de la nación (Puig-Junoy et al., 2004). Por último, una de las aproximaciones pioneras en nuestro país es la realizada por Ahn y financiado por la Fundación BBVA sobre gasto sanitario y envejecimiento (Ahn et al., 2003).

De todos estos trabajos, sólo los de Cabasés, Casado y Puig realizan esti-



maciones de gasto sanitario futuro a nivel autonómico. Sin embargo, su aproximación y metodología difieren sustancialmente. En el trabajo de Cabasés se utilizan los perfiles de gasto sanitario público por grupos de edades estimados por el MSPS en el año 2005 para el conjunto nacional (Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005) y las proyecciones de población de las CC.AA. realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Por su parte, en el trabajo de Casado, como ya se ha mencionado anteriormente, se utilizan los datos obtenidos del RCA del CatSalut para estimar los perfiles de gasto sanitario por edades y se emplean igualmente las previsiones de población del INE para estimar el gasto sanitario futuro de las CC.AA. Sin entrar en otras diferencias metodológicas existentes entre ambos estudios, ambos utilizan unos perfiles de gasto por edades calculados para un único territorio, España y Cataluña, extrapolando los perfiles de gasto sanitario obtenidos a cada una de las CC.AA. que configuran el Sistema Nacional de Salud. Este supuesto es válido siempre y cuando la utilización de recursos por grupo de edad sea muy similar entre comunidades, ya que de no ser así la extrapolación de un perfil de gasto sanitario por grupo de edad no representativo supondría la asunción de una estructura errónea para la estimación del gasto futuro de cada una de las comunidades que difiriesen del patrón utilizado en cada caso.

Por este motivo, el presente trabajo pretende comprobar si este supuesto es consistente con la realidad de nuestras diferentes comunidades autónomas y sus respectivos Sistemas Regionales de Salud. Nuestro punto de partida será el trabajo de Casado, ya que las estimaciones de los perfiles de salud se hacen en su mayoría a partir de datos administrativos, RGA, y no a través de fuentes secundarias o encuestas. Nuestro objetivo es comprobar las diferencias existentes entre las estimaciones realizadas a partir de los perfiles de datos de la población catalana con los obtenidos directamente en Castilla-La Mancha y Castilla-León.

La elección de estas dos comunidades se debe a diversos motivos: el primero a tener un mayor envejecimiento que la media nacional y que Cataluña. Así en el 2010, el porcentaje de mayores de 65 años en España alcanzaba el 16,84%, muy similar al registrado en Cataluña 16,86%. Sin embargo en Castilla-León los mayores de 65 años representan el 22,49% y en Castilla-La Mancha el 17,68%. En segundo término la dispersión de la población es igualmente muy diferente en estas dos comunidades en comparación con la media nacional. Así la densidad en España alcanzaba las 92,39 personas por km², mientras Cataluña alcanzaba las 232,78 personas por km². Sin embargo, en Castilla-León y Castilla-La Mancha estos valores son respectivamente de 27,21 y de 26,19 personas por km². Estas diferencias pueden implicar un gasto sanitario público y unos patrones de gasto igualmente distintos a los de Cataluña o la media nacional.

Por este motivo, nuestro objetivo es obtener la estimación del gasto sanita-



rio futuro de estas dos comunidades, utilizando perfiles de gasto obtenidos a través de los sistemas de información sanitaria del SESCAM y del SACYL. Los resultados de nuestro modelo se presentan en el capítulo 4 del presente informe, mientras que en el apartado 3 se comenta brevemente la situación demográfica y su evolución en estas dos comunidades. En el apartado 5 recogemos la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por Casado para Cataluña. De manera previa, se introduce el trabajo con dos capítulos de contexto y revisión. En el capítulo 1 se presenta una reflexión sobre la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud en el marco de la OCDE; mientras que en el capítulo 2 se realiza una síntesis de los diferentes trabajos que han estudiado la relación entre el envejecimiento y el gasto sanitario, presentando una descripción detallada de la utilización de la atención sanitaria por grupo de edad y género con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (INE, 2008) y comparando nuestros resultados con los obtenidos a partir de la reciente Encuesta Europea de Salud en España (EES-2009) publicada por el Instituto Nacional de Estadística, (INE, 2010). El trabajo se cierra con un capítulo de síntesis y conclusiones.

Hay que señalar que para la realización del capítulo central del presente informe, el relacionado con las estimaciones de gasto futuro en las comunidades de Castilla y León y Castilla-La Mancha, hemos contado con la colaboración inestimable del SESCAM y del SACYL a los que queremos expresar nuestra gratitud. Sin su colaboración hubiera sido imposible la realización del presente trabajo. Por último nos gustará agradecer a la Fundación Pfizer el patrocinio y la colaboración que nos ha prestado en todo momento, especialmente a su Patronato por la comprensión de las dificultades que el proyecto tenía al depender de la explotación personalizada que estas dos comunidades debían realizar para poder suministrar la información necesaria para la realización del informe.

Más concretamente, quisiéramos agradecer la colaboración y dedicación de Rafael Sánchez Herrero, Director Técnico de Atención Primaria, por servir de catalizador de nuestras peticiones de datos; a Nieves Martín Sobrino, Directora Técnica de Farmacia, y a Silvia Fernández Calderón, Directora Técnica de Atención Especializada, los tres de la Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla-León. En Castilla-La Mancha nos gustaría agradecer a José Antonio del Ama Manzano, Secretario General del SESCAM, la firma del convenio que posibilitó el acceso a los datos de Castilla-La Mancha. La colaboración de Álvaro Santos, ex Director General de Atención Sanitaria y Calidad, y su sucesor Jesús Hernández por servir de nexo entre nosotros y el Jefe de Área de Farmacia, Ángel María Martín, el Jefe de Área de Atención Sanitaria y Procesos Asistenciales, Agustín Cañizares, y la Jefa de Área de Calidad, Investigación e Innovación, Olga Solas. En el SESCAM contamos igualmente con el trabajo y dedicación dentro del equipo de investigación de Jesús López Díaz, asesor de



procesos médico-quirúrgicos, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad, y de Juan Pablo Pérez Veiga, Jefe de Servicio de Control Farmacéutico del Área de Farmacia.

Esperemos que los resultados obtenidos permitan completar la visión que los estudios precedentes han plasmado sobre el envejecimiento y gasto sanitario en las comunidades autónomas.



CAPÍTULO 1

Sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud: el marco de la OCDE

1.1 VECTORES DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO

Cualquier mirada hacia el futuro se encuentra hoy vinculada al concepto de sostenibilidad. Por más que pueda resultar ahora evidente, es preciso reconocer que tal idea es bastante reciente.

Durante cientos de años los hombres han venido actuando en la insólita confianza de que los recursos de la tierra fueran ilimitados y como si las soluciones a los problemas de mañana fueran una cuestión que debe plantarse entonces y no antes. Afortunadamente, desde hace unas pocas décadas, muy lentamente y no sin resistencias, el concepto de sostenibilidad viene filtrándose en el ámbito de las ciencias sociales y calando en los idearios de los dirigentes políticos, asumiéndose poco a poco que el futuro nos demanda muchas responsabilidades en el presente.

Esta responsabilidad asociada a la sostenibilidad viene inspirada en un vector temporal que obliga a satisfacer las propias necesidades sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas. Junto a esta primera dimensión “el desarrollo sostenible requiere la satisfacción de las necesidades básicas de todos y extiende a todos la oportunidad de satisfacer sus aspiraciones a una vida mejor”(Albanese and al., 2007). Esto significa que la solidaridad y responsabilidad intergeneracional incorpora también la solidaridad intrageneracional y que la sostenibilidad implica



la toma de posición frente a una considerable cantidad y variedad de problemas de índole social y económica.

En este contexto de creciente sensibilización de la sociedad respecto a la necesidad de proveer y prever medidas y soluciones que satisfagan las necesidades de todos ahora y también en el futuro, la salud ocupa, como es lógico dada su condición de bien supremo, el vector central de dicha sostenibilidad, sobre el que se articulan tanto las declaraciones y aspiraciones de corte liberal sobre los derechos individuales de las personas, el primero de los cuales es el derecho a la salud, como los articulados y objetivos políticos y sociales ensamblados en el desarrollo del estado de bienestar.

Aunque no podemos afirmar que las necesidades de salud de los ciudadanos sean ilimitadas sí que parece claro que se encuentran lejos de estar satisfechas y que, por tanto, van a seguir constituyendo un elemento de tracción de la demanda. Aunque la mayor renta correlaciona con mayor salud, también lo hace con un mayor nivel de expectativas y exigencia respecto a la oferta de servicios y asistencia sanitarios.

Tanto el desarrollo de la asistencia clínica y sanitaria como respuesta a las demandas individuales de mejor salud, como el desarrollo de los sistemas de protección social y sanitaria como respuesta social y política a la presión social colectiva por una mejor calidad de vida, han confluído para alimentar progresivamente el desarrollo de la salud pública y las políticas sanitarias orientadas a la satisfacción de las necesidades siempre crecientes en materia de salud por parte de los ciudadanos. En ningún otro ámbito de la sociedad y de la gestión pública es más reclamada la igualdad y la universalización de los servicios a la colectividad que en materia de salud. En ningún otro ámbito resultan tan irrenunciables los logros adquiridos por las sociedades más avanzadas como en el ámbito sanitario.

La creciente demanda social de salud se encuentra bien acompañada por una renovada exigencia de responsabilidad social e institucional que reclama equidad horizontal (en la que todos tienen derecho a recibir atención sanitaria) y también vertical (en la que los individuos con mayor necesidad son asistidos más favorablemente). En este contexto, la responsabilidad hipocrática del médico frente al individuo enfermo o accidentado se generaliza y expande sin encontrar límites, convirtiéndose en responsabilidad social frente a la salud de toda la sociedad.

Hace ya algunas décadas que hay acuerdo respecto a la importancia de los determinantes sociales de la salud y también respecto a la mayor efectividad que la utilización de recursos debería tener en este ámbito. En realidad, tal convencimiento solo ha servido, de momento, para abrir una vía casi futura de desarrollo de la política sanitaria, ya que los recursos hasta ahora destinados a la prevención en los países más avanzados solo alcanza a una mínima parte del gasto en salud (menos del 3% en la OCDE). El descubrimiento de la enorme importancia que la prevención tiene en el ámbito de la salud de la colectividad trae consigo la exigencia de una actuación pública sanitaria entre la población presuntamente sana.



El creciente peso de la morbilidad y mortalidad derivada de los estilos de vida indeseables, como el consumo de tabaco o el exceso de peso entre otros, trasladan la acción sanitaria a espacios sociales y poblacionales que hace medio siglo no constituían una preocupación para los responsables sanitarios, más centrados en la labor asistencial hacia los ciudadanos enfermos o accidentados. En tal sentido, otras investigaciones muestran que al menos tres cuartas partes de la población padecen algún tipo de problema de salud del que solamente un mínimo porcentaje recibe tratamiento médico (White et al., 1961, Green and Mercer, 2001, Benach and Muntane, 2005). A pesar de esa evidencia, sólo una mínima parte de la inversión en salud se destina a la salud pública (en los países de la OCDE, únicamente alrededor del 3% del gasto medio en salud se dedica a la prevención y promoción de la salud a través de los programas de salud pública, 1,3% en España, 3,8% en Finlandia y 5,5% en Holanda) (OECD, 2005).

Vivir más años ha dejado de ser únicamente un resultado más o menos azaroso, para convertirse en un objetivo vital y también un indicador incuestionable para medir la política sanitaria. La mayor esperanza de vida y la mayor esperanza de vida libre de enfermedad y discapacidades o, más genéricamente, *más y mejor vida para todos*, se ha convertido en el PIB de la política sanitaria, indicador y objetivo de todos los agentes profesionales e institucionales de la sanidad. Sin embargo y al igual que el crecimiento del PIB no garantiza un desarrollo equilibrado y sostenible de la economía, también parece demostrado que el incremento de la esperanza de vida es un indicador insuficiente que debe ser complementado con otros relacionados con la calidad de vida y el acceso colectivo y equitativo a la salud.

Asimismo, tanto el desarrollo de la investigación científica como el notable crecimiento de la industria farmacéutica y otras tecnologías sanitarias contribuyen a facilitar y fortalecer el crecimiento de la oferta sanitaria. Desde el lado de la demanda, la creciente facilidad de acceso a la información entre los ciudadanos fomenta también una mayor inquietud hacia la salud y la enfermedad, posibilitando un mayor nivel de exigencia en cuanto a la calidad de los servicios y la atención sanitaria esperada y recibida.

Por último, en este contexto de maximización de la salud de los ciudadanos, cuando ésta se encuentra en juego, en medio de posibles tensiones corporativas o institucionales, ya sean de carácter económico, laboral o incluso político, la solución más probable será el incremento del gasto, ya que ningún agente asumirá en su *debe* una posible minoración de la salud para nadie. Tanto si consideramos la salud como un bien natural (Rawls) como si la entendemos como un bien público esencial, los procesos políticos de toma de decisiones tienen una *salida natural* en el incremento del gasto.

Así pues, puede afirmarse que los elementos causantes, propulsores y dinamizadores del gasto sanitario son actualmente numerosos y que los agentes supuestamente encargados de la contención del mismo tienen enormes dificultades para realizar esta labor. Desde hace décadas, la economía de la salud viene desarrollando



propuestas y modelos que tratan de hacer compatibles las aspiraciones de equidad y los objetivos de mejora de la salud con los criterios de eficiencia y optimización derivados de la evaluación económica de las prestaciones sanitarias.

1.2 EFICIENCIA, CRISIS ECONÓMICA Y CONTENCIÓN DEL GASTO SANITARIO.

Frente al intenso desarrollo del *push* de la oferta sanitaria y el importante crecimiento del *pull* de la demanda social de asistencia y protección, los sistemas sanitarios de los países avanzados tratan de establecer prioridades en la asignación de recursos sanitarios, expresión que inequívocamente conlleva limitaciones y renunciaciones, con el fin de que los gastos sanitarios no crezcan desmesurada o ilimitadamente. Así pues, en el ámbito de la salud, en donde los continuos e importantes avances de la medicina y de las diferentes tecnologías sanitarias parecen elevar permanentemente el techo de lo posible en materia de salud, el sentido de la sostenibilidad parece tener un decisivo componente económico.

Las dificultades económicas, organizativas, políticas, sociales y éticas para la limitación del gasto en la construcción social de la salud presionan a los sistemas nacionales de salud hacia la optimización de recursos y la máxima eficiencia en sus prestaciones. Hacer compatible la equidad con la eficiencia constituye el presente desafío de los modernos sistemas sanitarios. Y aunque ambos objetivos puedan y deben ser convergentes en el largo plazo, en el corto son con frecuencia procesos asíncronos cuando no poco compatibles.

Por otra parte, aunque pueda haber un relativo acuerdo en cuanto a estos grandes faros de la sostenibilidad, las diferencias de configuración de los diferentes sistemas nacionales de salud, junto con las disparidades existentes en los parámetros demográficos, políticos, económicos y sociales de cada población determina que las diferentes políticas sanitarias de los países se orienten hacia objetivos a corto plazo de distinta naturaleza.

En todos los países de la OCDE el gasto total en asistencia sanitaria está creciendo más rápido que el crecimiento económico, empujando la participación media del gasto en salud en el PIB desde un 7,8% en 2000 a un 9,0% en 2008. Los avances tecnológicos, las mayores expectativas de la población y el envejecimiento de la población parecen reconocidos como los mayores responsables del crecimiento continuo del gasto sanitario. En algunos países la reciente recesión económica, con un PIB en caída libre y los costes sanitarios en aumento y con escasas posibilidades de ajuste, ha conducido a un fuerte incremento del peso del gasto en salud sobre el PIB. En Irlanda, el porcentaje del PIB dedicado a la salud pasó del 7,5% en 2007 al 8,7% en 2008, mientras el de España, pasó de un 8,4% al 9,0%, coincidiendo con la media de OCDE.

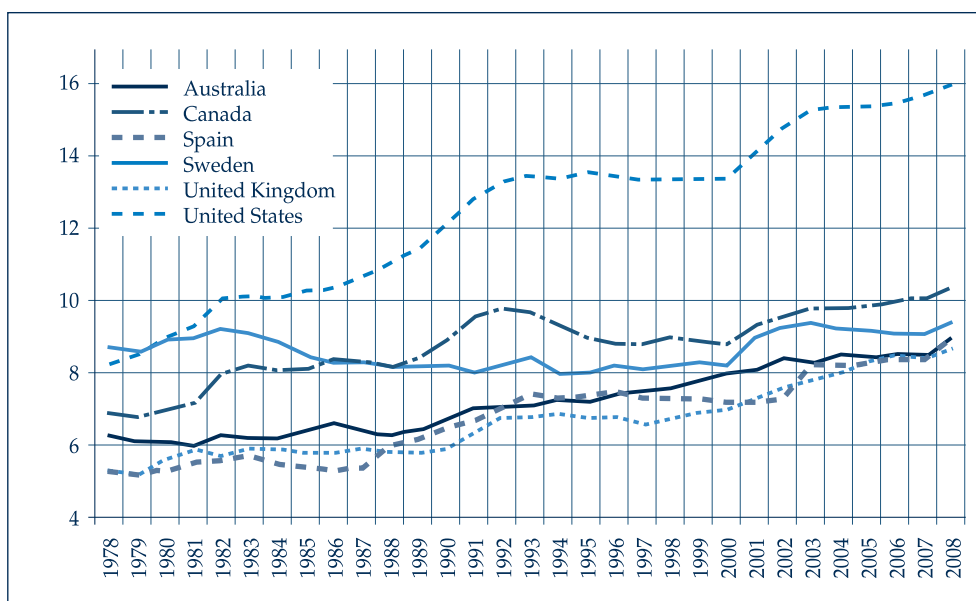
En 2008, el gasto *per cápita* en salud en España se situaba en US\$ 2.902¹, algo por debajo de la media de los países de la OCDE. Mientras tanto, el de los Estados

¹ En paridad de poder de compra.



Unidos alcanzaba US\$ 7.538 por persona en dicho año, dos veces y media el gasto de cada español y más del doble del promedio de 3.000 dólares de todos los países de la OCDE. Aunque la posición relativa de España entre los países de la OCDE no refleja un excesivo gasto en salud, si hay que señalar que su incremento en la última década 1999-2008 ha sido algo superior (201%) a la media de los países de la OCDE (183%), lo que no puede interpretarse *per se* como un dato negativo.

Gasto en sanidad en porcentaje sobre el PIB en España y otros países de la OCDE



Fuente: OECD Health Data 2010. (OECD, 2010c).

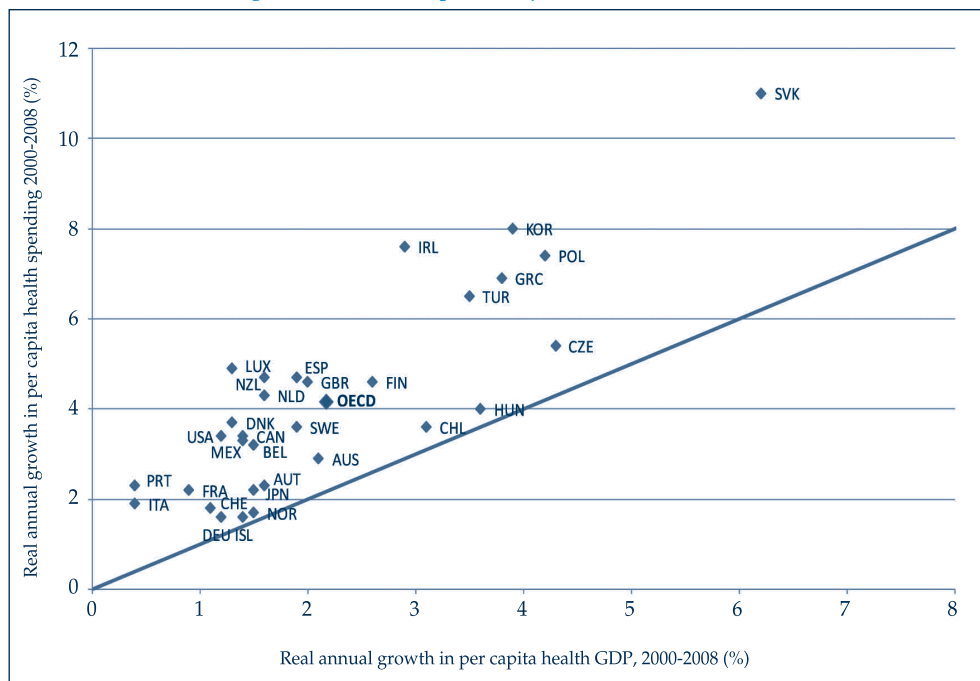
Gráfico 1

Cuestión bien distinta es el hecho de que, pese a que el gasto per cápita español en salud pueda ser razonable o incluso moderado, exista una situación de insuficiencia financiera continuada debida a un progresivo endeudamiento de las administraciones sanitarias y del sector público en general. En este sentido y dado el intenso debate suscitado en España en relación al incremento reciente del gasto sanitario, es preciso diferenciar el incremento real del gasto sanitario de los problemas de financiación del mismo y también del aumento relativo del gasto público sanitario asociado con la caída del PIB. Existen problemas de financiación y eficiencia sanitarias, previos y ajenos, a la crisis económica actual, que vienen en gran parte derivados del desajuste entre los gastos reales y la financiación disponible para financiar el servicio público sanitario, si bien se encuentran ciertamente agravados por la recesión².

Dentro de esta tendencia creciente de los gastos en salud, las administraciones sanitarias y los erarios de los países de la OCDE asumen la parte más importante de los mismos. La proporción del gasto público dedicado a la salud aumentó en la mayoría de los países, pasando de un promedio de un 12% en 1990 a un 16% en 2008. Habida cuenta de la necesidad urgente de casi todos los países de reducir el

² Los datos más recientes disponibles que aquí se recogen sobre gasto sanitario se refieren a 2008 y difícilmente pueden reflejar el impacto de la crisis económica iniciada en el tercer trimestre de dicho año.

Crecimiento anual del gasto en salud en porcentaje del PIB, 2000-2008

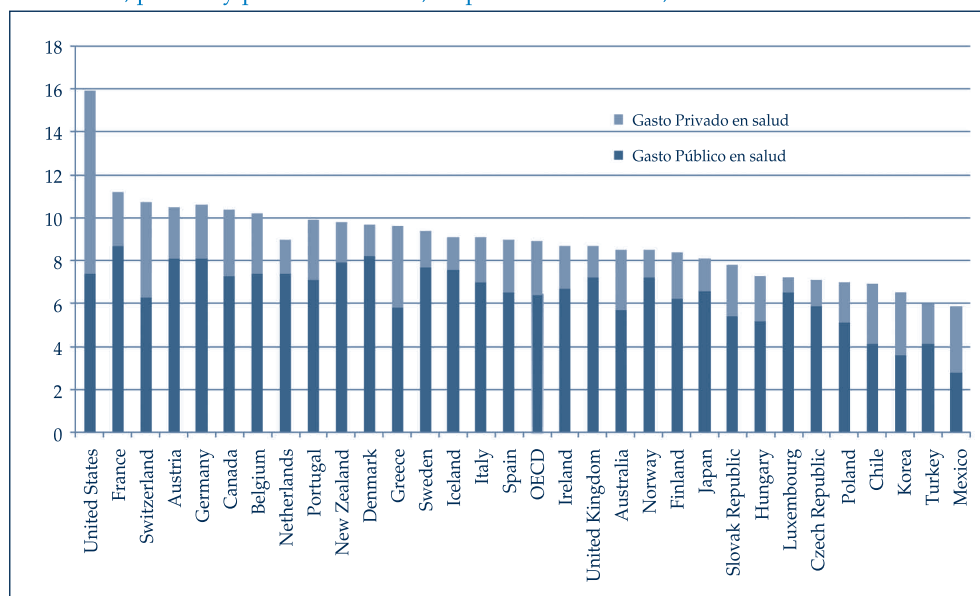


Fuente: OCDE Health Data 2010.

Gráfico 2

déficit presupuestario, muchos gobiernos de OCDE tendrán que tomar decisiones difíciles para mantener inalterables sus sistemas de atención sanitaria: frenar el crecimiento del gasto público en salud, gastando menos y/o mejor, reducir los gastos en otras áreas o aumentar los impuestos. De esta forma, la crisis económica está manifestando como urgentes algunas iniciativas que antes se encontraban circunscritos al debate teórico y la literatura especializada.

Gasto total, público y privado en salud, en países de la OCDE, 2008



Fuente: OCDE Health Data 2010. (OECD, 2010c).

Gráfico 3



Aun reconociendo que el PIB y el gasto sanitario son interdependientes, ni la incidencia de la crisis económica ha sido igual en todos los países, ni su impacto sobre los costes relativos de la sanidad será la misma, habida cuenta de la diferente participación que la aportación pública tiene en cada uno de ellos. Las previsiones de la propia OCDE reflejan una importante variación de dicho impacto entre los diferentes países miembros. Lógicamente en aquellos países en los que el peso de la aportación pública es menor, el crecimiento del gasto per cápita en salud se verá más determinado por la caída del PIB y menos por el propio gasto en salud, como es el caso de EEUU o Suiza.

Las previsiones que publicaba en 2010 la OCDE (OECD, 2010a) con los datos disponibles hace poco más de un año, dibujaban dos escenarios diferentes para el periodo 2008 y 2009: un primer escenario "imaginario" con gastos en salud contenidos o estables y que, aun así, generaría pequeños incrementos en el gasto relativo en salud por efecto de la caída del PIB; y un segundo escenario, más plausible, con gastos en salud crecientes y un incremento más notable de la participación del gasto sanitario en el PIB que alcanzaría el 9,2% en 2009 y el 9,6 en 2010. Si tenemos en cuenta que el dato real del 2008 ya ha alcanzado el 9,0 es más que probable que la previsión para 2010 quede superada por encima del 10%, máxime si tenemos en cuenta que la recuperación del PIB en España está siendo lenta y tardía en comparación con el resto de la OCDE.

El peso del gasto público en el gasto sanitario total se sitúa en el conjunto de la OCDE en un 71,4%, porcentaje que asciende ligeramente en el caso de España, colocándose en 2008, en un 72,5%. Sin embargo, en nuestro país y desde 2004-2005 se registran incrementos progresivos de la participación pública en el gasto que contrastan con los veinte años previos de declive de esta participación, que llegó a situarse en 1983 en un 84,9%. Sin embargo hay que reconocer que muchas formas de gasto privado dependen en gran medida de decisiones de gasto público. De hecho, la posible extensión del copago en España parece que pueda venir más inducida por una insuficiencia financiera, que por criterios de efectividad, equidad o eficiencia en la asignación de recursos.

La creciente demanda social de salud alimentada por múltiples factores antes aludidos ya venía presionando a los sistemas sanitarios mucho antes de la crisis económica, que realmente se va a presentar como una oportunidad, política y económica, para acometer algunas de las reformas necesarias en la financiación de la sanidad y el diseño de servicios y asistencia sanitarios con criterios de mayor eficiencia. La existencia de diferentes administraciones sanitarias en España aumenta la necesidad de mayor coordinación entre los responsables políticos y técnicos de las comunidades autónomas si se aspira al desarrollo de mejoras en el marco de unos criterios generales de homogeneidad que mantengan igualdad de derechos y prestaciones para una ciudadanía desigual en renta y residencia.

Actualmente el 90% del gasto público sanitario corre a cargo de las comunidades autónomas y a lo largo de los últimos años viene creciendo a un ritmo medio cer-

Gasto en salud en relación al PIB (previsiones OCDE 2007-2010)

	Valores reales				Escenario 1 (Gasto constante)				Escenario 2 (Gasto creciente)	
	1980	1990	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2009	2010
Australia	6,3	6,9	8,3	8,7	8,8	8,8	8,9	8,9	9,1	9,4
Austria	7,4	8,3	9,9	10,4	10,1	10,2	10,6	10,7	10,8	11,0
Belgium	6,3	7,2	8,6	10,3	10,2	10,2	10,7	10,8	10,7	10,9
Canada	7,0	8,9	8,8	9,9	10,1	10,4	10,8	10,8	11,1	11,4
Czech Republic		4,7	6,5	7,1	6,8	6,8	7,1	7,0	7,4	7,6
Denmark	8,9	8,3	8,3	9,5	9,8	10,2	10,7	10,7	11,0	11,4
Finland	6,3	7,7	7,2	8,5	8,2	8,4	8,9	8,8	9,2	9,4
France	7,0	8,4	10,1	11,1	11,0	11,1	11,5	11,5	11,7	11,9
Germany	8,4	8,3	10,3	10,7	10,4	10,5	11,2	11,2	11,4	11,6
Greece	5,9	6,6	7,9	9,4	9,6	10,0	10,2	10,2	10,9	11,6
Hungary			6,9	8,3	7,4	7,4	7,9	8,0	7,9	8,1
Iceland	6,3	7,8	9,5	9,4	9,3	9,5	10,3	10,5	10,4	10,7
Ireland	8,3	6,1	6,3	7,3	7,6	7,9	8,8	9,1	9,2	9,8
Italy		7,7	8,1	8,9	8,7	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5
Japan	6,5	6,0	7,7	8,2	8,1	8,3	8,9	8,8	9,1	9,2
Korea	4,1	4,3	4,9	6,1	6,8	7,4	7,6	7,4	8,5	9,1
Luxembourg	5,2	5,4	5,8	7,7	7,2	7,2	7,6	7,7	7,7	7,9
Mexico		4,4	5,1	5,8	5,9	6,0	6,6	6,5	6,8	6,9
Netherlands	7,4	8,0	8,0	9,8	9,8	9,8	10,3	10,4	10,5	10,8
New Zealand	5,9	6,9	7,7	9,1	9,2	9,9	10,3	10,4	10,8	11,3
Norway	7,0	7,6	8,4	9,1	8,9	8,8	9,0	9,0	8,9	8,9
Poland		4,8	5,5	6,2	6,4	6,5	6,5	6,5	7,0	7,4
Portugal	5,3	5,9	8,8	10,2	9,9	10,1	10,6	10,6	10,7	11,0
Slovak Republic			5,5	7,0	7,7	8,1	8,5	8,3	9,5	10,2
Spain	5,3	6,5	7,2	8,3	8,5	8,5	8,9	9,0	9,2	9,6
Sweden	8,9	8,2	8,2	9,2	9,1	9,4	9,9	10,0	10,2	10,4
Switzerland	7,3	8,2	10,2	11,2	10,8	10,8	11,2	11,3	11,3	11,5
Turkey	2,4	2,7	4,9	5,7	5,5	5,8	6,2	6,1	6,5	6,8
UK	5,6	5,9	7,0	8,2	8,4	8,7	9,2	9,2	9,5	9,9
USA	9,0	12,2	13,6	15,7	16,0	16,3	16,9	16,9	17,3	17,8

Fuente: OECD Health Data 2009, Junio 2009 para "valores reales"; Escenario 1 y 2 basados en estimaciones de Economic Outlook No 85 - June 2009

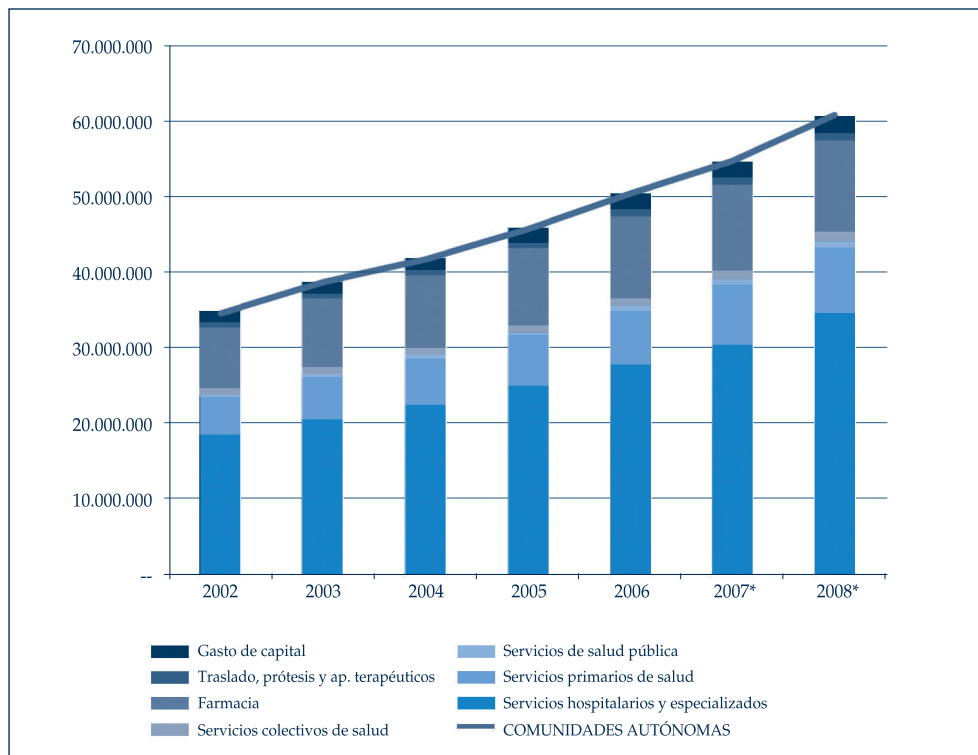
Tabla 1

cano al 10%, lo que con una proyección básica supondrá su duplicación en el plazo de una década. Como recoge un reciente informe de la OCDE, en España las Comunidades Autónomas establecen sus propios objetivos de gasto en salud, de acuerdo con criterios demográficos, objetivos que en teoría no deben ser excedidos, pero que en la práctica sí que lo son (Boaz, 1996). El gasto sanitario público de las comunidades autónomas creció en un 75,5% en el periodo 2002-2008, siendo los "servicios hospitalarios y especializados" y los "servicios primarios de salud" las partidas de que lo hicieron por encima de la media y "Farmacia" el capítulo que creció menos (49,7%) en dicho periodo. Esto supone un crecimiento más atenuado y convergente con el contexto europeo, en el que el gasto total en sanidad en Europa se distribuye



entre el 47,6% de la atención ambulatoria, 35,4% de la atención hospitalaria y un 17% para el gasto farmacéutico (OECD, 2010c), partida que en España alcanza el 20%. Por otra parte hay que recordar que estas tasas de crecimiento hay que ponerlas en relación con los incrementos poblacionales (el crecimiento acumulado en gasto farmacéutico público por habitante en el periodo 2004-2009 fue del 20,1%).

Gasto sanitario público por funciones de las Comunidades Autónomas, 2002-2008



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de gasto sanitario público (2002-2008) y elaboración propia; *datos de 2007 y 2008, provisionales.

Gráfico 4

Casi todos los países europeos y de la OCDE están teniendo problemas similares con la financiación de sus sistemas sanitarios públicos. En 2008, antes de que la crisis económica empezará a dejar sentir sus efectos, al menos once países de la OCDE mantenían algún tipo de déficit presupuestario, otros nueve países habían tenido que implementar medidas de incremento de las contribuciones sociales o los impuestos para paliar este déficit, y un total de diez y ocho países habían puesto en marcha políticas y medidas para contener el gasto sanitario, asumiendo consecuencias en alguna forma de merma de los servicios o las prestaciones sanitarias.

La reciente crisis económica, cuyos efectos económicos sobre el PIB y los diferentes déficits públicos aún no están registrados en los datos que se recogen aquí, tendrá como consecuencia que muchas de las medidas adoptadas por algunos países se extiendan y que el elenco de medidas de control del gasto y mejora de la eficiencia se amplíe considerablemente. En este contexto de exigencia presupuestaria es poco probable, sin embargo, que las expectativas de mejor salud y mejor asistencia sanitaria por parte de los ciudadanos vayan a remitir sin causar sensibles costes sociales y políticos. En consecuencia, la necesidad de que todos los países esta-

Consecuencias de haber alcanzado el presupuesto de gasto sanitario (OCDE)

	Consecuencias de las medidas de contención del gasto adoptadas													
	Déficit presupuestario	Incremento de cotizaciones, primas o impuestos	Medidas de contención de costes	El aumento de tiempo de espera para cita en atención primaria	El aumento de tiempo de espera para cita con un especialista	Aumento del tiempo de espera en atención de diagnóstico	Aumento del tiempo de espera para cirugía electiva	Exclusión/reducción de prestaciones y servicios médicos	Aumento de los pagos de los pacientes o usuarios	Aplicación de políticas de promoción de seguro privado médico voluntario	Aumento del déficit en las instituciones de provisión sanitaria	La reducción de honorarios de los médicos	Reembolso parcial a los seguros de salud o el NHS de la industria farmacéutica	Reembolso parcial a las aseguradoras de salud o los NHS de los proveedores de salud
Australia			X				X			X				
Austria		X			X				X		X			
Belgium			X					X	X				X	X
Canada		X						X			X			
Czech Republic	X	X			X	X	X	X	X		X			
Denmark														
Finland		X	X						X					
France	X		X					X	X		X			X
Germany			X					X	X					
Greece	X								X		X			
Hungary	X		X		X	X	X				X			X
Iceland			X	X					X		X			
Ireland			X						X	X		X		
Italy	X	X	X		X	X	X	X	X		X			X
Japan														
Korea		X							X					
Luxembourg		X	X						X	X				
Mexico	X		X											
Netherlands	X	X	X									X	X	X
New Zealand			X											
Norway			X								X			
Poland		X	X		X	X	X							
Portugal			X						X					X
Slovak Republic	X								X					
Spain	X										X			
Sweden	X		X						X					
Switzerland									X		X			
Turkey	X		X						X		X			

Fuente: Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. OCDE Health Working Papers no. 50, 2010 y elaboración propia.



blezcan claros objetivos de salud en línea con las posibilidades presupuestarias de cada uno parece una necesidad ineludible que presionará sobre las instancias políticas y sanitarias de cada uno de ellos.

Mapa resumen de las medidas de racionalización del gasto sanitario

		Andalucía	Aragón	Asturias	Canarias	Cantabria	Castilla la Mancha	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Islas Baleares	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco
9. Otras medidas dirigidas a la racionalización del gasto sanitario		■	■	■	■		■	■		■	■		■		■			
8. Desarrollar el sistema de información del SNS		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Aumentar los recursos y la capacidad de gestión de Atención Primaria	7.2 Aumentar la capacidad de resolución de AP	■			■	■	■	■		■		■	■		■	■		■
	7.1 Aumentar los recursos de AP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías		■		■	■			■	■	■		■			■	■		■
5. Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Acceso a la mejor evidencia científica disponible con el uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas	4.2 Acceso a evidencia científica					■		■		■					■	■		■
	4.1 Uso de tecnologías	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Establecer mecanismos promuevan la demanda responsable y estilos de vida saludables	3.2 Estilos de vida saludable	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	3.1 Demanda responsable	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Asegurar la calidad y el uso racional del medicamento	2.4 Atención farmacéutica y disposición	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2.3 Orientación en la prescripción	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2.2 Gestión de recetas	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2.1 Medidas genéricas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras	1.3 Catálogos	■			■	■					■		■			■		
	1.2 gestión	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	1.1 Centralización		■	■		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: MSPS, Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario, Informe 2007.

Figura 1



En España, tanto en lo que respecta a las Comunidades Autónomas como en lo referido a las acciones emprendidas por la Administración Central del Estado, se vienen introduciendo medidas de racionalización del gasto sanitario de diversa índole, si bien la heterogeneidad dominante en el planteamiento y el diseño de las iniciativas dificulta la posibilidad de establecer comparaciones mediante indicadores comunes que permitan evaluar los resultados obtenidos por cada una de las iniciativas.

En cualquier caso, el repertorio de medidas adoptadas por las diferentes Comunidades para racionalizar el gasto, junto con las iniciativas adoptadas por otros sistemas sanitarios europeos y de la OCDE representan un interesante catálogo de buenas prácticas en la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos y en la innovación y desarrollo de técnicas de gestión para la racionalización y el control del gasto sanitario. Los beneficios de estas medidas deberían traducirse tanto en términos económicos como asistenciales.

El mayor número de medidas adoptadas por las CC.AA. corresponden a la gestión de compras y a las políticas de uso racional del medicamento. Así, todas ellas tienen previstas o en funcionamiento medidas dirigidas a implantar criterios racionales en la gestión de compras, bien sea a través de mecanismos de centralización, catálogos u otras medidas de gestión. En lo que se refiere a las políticas de uso racional del medicamento, las acciones incorporadas por los Servicios de Salud se agrupan en medidas genéricas, gestión de recetas, orientación a la prescripción y mejora de los mecanismos de atención farmacéutica y dispensación (Instituto de Estudios Fiscales, 2007)

Otras iniciativas, por desgracia menos frecuentes por su menor eficacia a corto plazo, tratan de promover la demanda responsable de los servicios sanitarios, evitar la utilización inadecuada de los mismos y estimular estilos de vida saludable. En general y pese a su reconocida eficacia, las políticas preventivas son escasas y muy polarizadas sobre el tabaquismo y la obesidad. La priorización de la actividad asistencial sobre la prevención y la promoción de la salud forman parte de la lógica perversa de casi todos los sistemas sanitarios.

1.3 EL EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

A lo largo del último cuarto del siglo XX, diversos factores como la elevación del nivel cultural, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el paro estructural, la generalización de los métodos anticonceptivos y la progresiva carestía de la vivienda han contribuido a que las tasas de natalidad caigan vertiginosamente, alcanzándose en el cambio de siglo la tasa de fecundidad más baja de la Unión Europea y una de la más reducidas del mundo, cuando tan solo veinticinco años antes España se encontraba a la cabeza de la natalidad europea.

Este descenso de la natalidad y de la fecundidad, unido a un leve ascenso de la mortalidad, propiciado por el mismo ensanchamiento de la población de más edad, desemboca en un envejecimiento de la población. Un proceso que se realimenta a sí mismo, ya que la escasez de jóvenes reduce la natalidad y el exceso de viejos



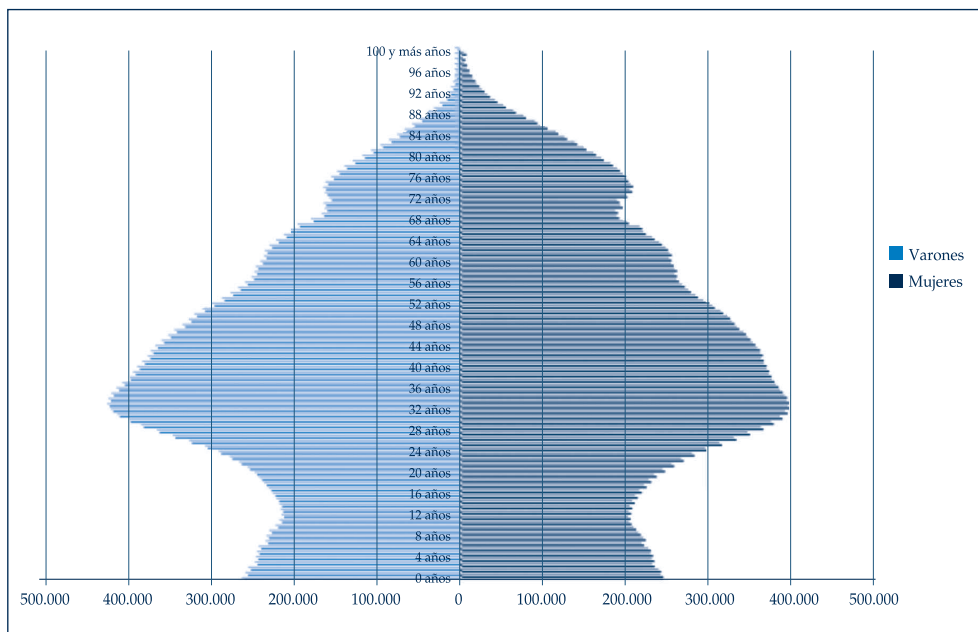
incrementa la mortalidad. El fenómeno del envejecimiento es general en Europa y en todos los países desarrollados. En España se ha producido con algo de retraso pero con mayor intensidad y rapidez.

La entrada de población inmigrante ha repercutido positiva pero temporalmente en la incipiente recuperación demográfica que, según las últimas proyecciones, permitirá a la población española aminorar algo el proceso de envejecimiento demográfico y seguir creciendo durante otra década más. Pero aunque los saldos anuales vegetativos se recuperen como parece que lo están haciendo, la estructura de nuestra población quedará afectada durante casi un siglo. La demografía es tremendamente exigente en cuanto la necesaria capacidad para prever y diseñar el futuro. Siempre vivimos efectos de comportamientos demográficos de las anteriores décadas.

La pirámide de población española ha dejado de ser una pirámide para parecerse más a un jarrón, lo que supondrá tener que modificar en el futuro algunos de los parámetros básicos de la estructura productiva y laboral y del sistema de protección social, ya que la base de la pirámide, las generaciones de los 80 y 90, que ahora tienen menos de treinta años, será muy pequeña para soportar el enorme peso por encima de la misma, derivado de las generaciones de los 50 y 60. Durante las próximas tres décadas cada nueva generación que abandone la vida activa será mayor que la anterior.

La evolución demográfica modifica la estructura y el volumen de la población y tiene consecuencias importantes sobre la demanda de productos y servicios y sobre la oferta de mano de obra disponible. España tiene actualmente un 16,6% de su población por debajo de los 16 años y un 16,9% con 65 o más años. En una década

Pirámide de población española, 2010



Fuente: (INE, 2009).



(2019) ambos grupos se habrán incrementado en 3 puntos³ cada uno y alcanzarán conjuntamente al 40% de la población. Con el aumento de la población dependiente es previsible un incremento en los gastos sociales en pensiones y asistencia sanitaria, lo que impondrá una mayor capacidad de nuestro sistema de salud para atender a una creciente demanda.

En la mayoría de los países, el envejecimiento demográfico se distribuye de forma desigual. En España y especialmente en las grandes comunidades interiores, el envejecimiento tiende a estar asociado a las áreas rurales, la actividad agraria y la baja densidad de población, circunstancia con frecuencia unida a episodios más o menos largos de emigración. Paralelamente, la infraestructura de servicios sociales y sanitarios, de un lado y, las condiciones benignas del clima, de otro, tienden a crear bolsas de vejez en el interior de las grandes ciudades y en algunas zonas costeras del mediterráneo.

Dado el enorme peso que la asistencia y los servicios de naturaleza personal tienen en el ámbito de la sanidad y en el coste general de la salud, la demografía juega un papel de especial relevancia a la hora de valorar los gastos sanitarios, tanto en su estructura como en su evolución. La sostenibilidad del sistema de salud, bien sea en su vertiente de equidad, bien en la de la eficiencia o la efectividad, demanda que tanto los principios como los resultados se acomoden a una asignación de recursos per cápita.

En la práctica de la asignación presupuestaria española, el factor demográfico es determinante en el reparto del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas. El actual sistema de financiación de las CC.AA. se basa fundamentalmente en la población del Padrón Municipal de habitantes corregido por varios factores (envejecimiento, dispersión, insularidad, etc.). Algunos aspectos demográficos complementarios, como la inmigración irregular o los traslados turísticos, puede obligar a corregir la población empadronada como elemento central de la presupuestación del gasto sanitario en cada ámbito territorial.

Diversos estudios han puesto de relieve que no es el factor demográfico (volumen y estructura poblacional) el mayor determinante del gasto sanitario. Otros factores como los costes de las prestaciones, las innovaciones en tecnología sanitarias o las variaciones en la intensidad de la demanda pueden tener una mayor influencia que el propio volumen de población y su grado de envejecimiento. Sin embargo, la mayor facilidad de su medición y la naturaleza cuasi objetiva de la población de derecho, avalan el hecho de que la importancia jurídica y económica del factor demográfico supere probablemente al peso o el impacto real que tiene sobre la gestión y la asistencia sanitaria.

Los principales factores macroeconómicos y demográficos que aparecen como factores explicativos del gasto son el crecimiento de la renta real, el crecimiento del precio de los recursos utilizados en la producción de servicios sanitarios por encima

3 OECD 2010b. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. *Health Working papers*, 50.



de la inflación general de la economía, la prestación real media, el crecimiento de la población y su envejecimiento. Diversos estudios ponen de manifiesto que el aumento del gasto sanitario depende más de factores de oferta y demanda, como el incremento de servicios ofrecidos, y la percepción de morbilidad, que de factores demográficos (López-Casasnovas and Mosterín, 2006).

En la descomposición del gasto aplicada a datos españoles, para el periodo 1986-1998, Castells estimaba que el envejecimiento explicaba solo una tercera parte de la variación observada en el gasto sanitario (Castells X et al., 2002). Según otros trabajos, para el periodo 1999-2003 y pese al fuerte incremento poblacional registrado en España en dicho periodo, el componente demográfico explicaba un 21,35% de la tasa anual media de crecimiento del gasto sanitario público, en tanto que la prestación real media explicaba un 32,65% y la evolución de los precios el 46% restante (Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005).

Otros trabajos señalan que el factor con una mayor influencia en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos años continuará siendo la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. El cambio en la intensidad de los recursos y en el uso de la tecnología representaría el principal factor de crecimiento del gasto sanitario futuro. Por ello y a pesar de la importancia relativa del factor demográfico (aumento de la población y envejecimiento), el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible si el resto de los factores que impulsan el gasto se mantuviera invariable (Puig-Junoy, 2006).

Hay que destacar que, dependiendo de cuál sea el periodo de análisis, el factor precios y la prestación real media se disputan el primer puesto entre los principales impulsores del gasto. La demografía, en cambio, resulta sistemáticamente, en estudios de carácter nacional y también internacional (OECD, 2006b), el factor menos importante (Urbanos, 2006). Con todo, no puede ignorarse el peso esencial del factor poblacional y especialmente el impacto del envejecimiento en la medida en que la población mayor tiene mayores tasas de morbilidad, demanda servicios sanitarios con mayor frecuencia y consume fármacos y otras tecnologías sanitarias en mayor medida que la población más joven.

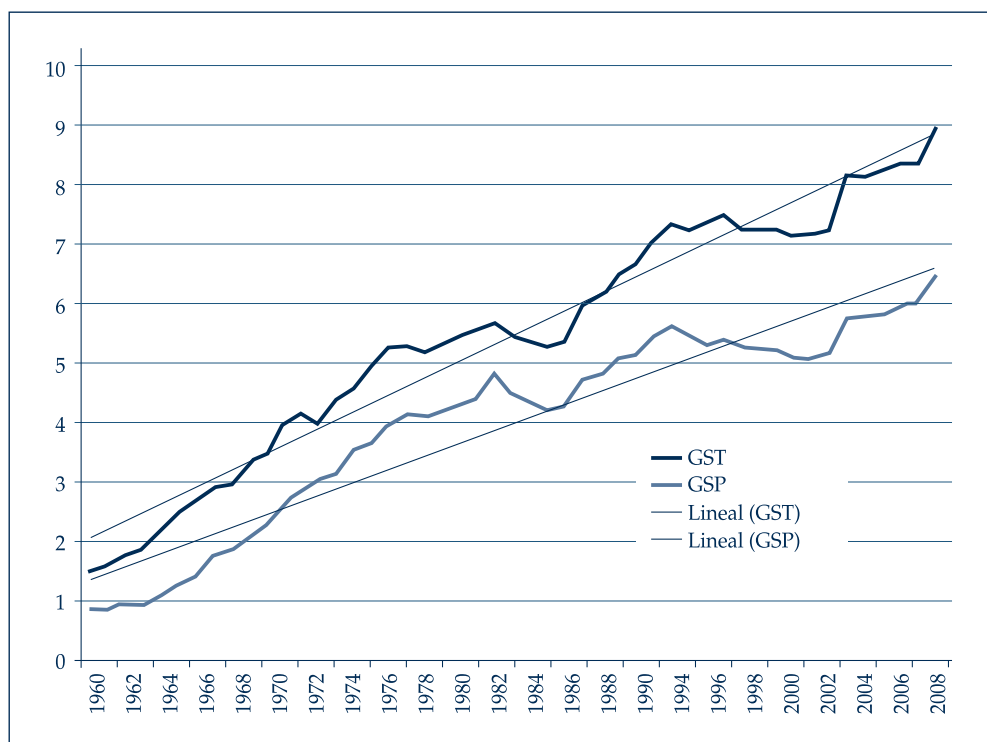
En relación al impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario, otros estudios ponen de manifiesto que son los últimos años de vida – y de manera especial el último – los que generan un incremento notable del gasto sanitario (Zweifel et al., 1999). Al igual que no podemos evitar que el último vagón de un tren descarrilado sea el que sufre los mayores efectos, probablemente tampoco podemos evitar que sea el último año de nuestra vida el que requiere una mayor atención y gasto sanitarios.

Probablemente, el deseo de todos, más intensificado en los mayores, de evitar alcanzar con un grave deterioro de la salud ese *último año*, determine también que se incrementen las visitas al médico. En todo caso, como ya se ha señalado, el crecimiento progresivo de la morbilidad a partir de los cincuenta años de vida es una constante que arrastra una mayor frecuentación de los servicios sanitarios y propi-

cia que el gasto sanitario per cápita aumente rápidamente con la edad, por lo que la incidencia del envejecimiento no se puede minusvalorar.

Los efectos a corto y medio plazo del envejecimiento demográfico son ya visibles en el ámbito familiar, en la vida laboral, en los hábitos de consumo y en la demanda de productos, en los sistemas de pensiones y, por supuesto, en la sanidad y en la atención socio-sanitaria. Basta acudir a una consulta de atención primaria para encontrar una tasa de población mayor que aumenta paulatinamente cada año. El problema capital de la sostenibilidad en el ámbito de la salud es la capacidad de los sistemas públicos sanitarios para afrontar la limitada pero real incidencia del envejecimiento en relación a otros muchos aspectos como la gestión sanitaria, la oferta de asistencia y la financiación de la sanidad. La demografía, la epidemiología social y el progreso económico se encuentran estrechamente interrelacionados con el desarrollo de los sistemas sanitarios.

Gasto sanitario total y gasto público sanitario en España como porcentaje del PIB



Fuente: (OECD, 2010c) y elaboración propia.

Gráfico 6

Es preciso reconocer que a pesar de la existencia de que una importante corriente de opinión pública y mediática se muestra altamente preocupada, cuando no alarmada, por el incremento del gasto público en sanidad, bastantes estudios recientes miran el futuro de la sostenibilidad del sistema sanitario con cierta confianza. Sin embargo, algunas de estas previsiones más optimistas se están viendo superadas por la realidad. Uno de los referidos estudios estimaba hace tan sólo cuatro años (Puig-Junoy, 2006), para el horizonte de 2013 un gasto sanitario público situado entre el 5,7% y el 6% del PIB. Los datos más recientes disponibles de la



OCDE revelan que ya en 2008 el gasto sanitario público español se situaba en un 6,52% del PIB (Manton, 1982) y es evidente que la presente crisis económica no va a mejorar estos datos en los próximos años.

La situación en Europa y los países de la OCDE no será en conjunto mucho mejor. Según las previsiones de la Comisión Europea para el horizonte de 2050, la población de Europa será algo más pequeña, y bastante más mayor. La esperanza de vida al nacer, que se ha incrementado en ocho años desde 1960, puede hacerlo otros seis años más en las próximas cuatro décadas. Las tasas de fertilidad en todos los países se mantendrán muy por debajo de la tasa de reposición natural. Los flujos migratorios van a compensar solo parcialmente esta tendencia. Más importante que la pequeña reducción de la población será el envejecimiento de la estructura demográfica.

Se prevé que a partir de 2010 y hasta 2020, la población en edad de trabajar (15 a 64) descenderá en 48 millones (16%). Por el contrario, la población mayor de 65 años va a aumentar en 58 millones (77%) en el mismo periodo. El ratio de dependencia (número de personas de 65 años y más, en relación a quienes tienen entre 15 y 64 años) puede superar el 50% en 2050. Europa va a pasar de tener cuatro personas en edad de trabajar por cada persona mayor en la actualidad a una proporción de dos a una para el año 2050.

Basta comparar la estructura poblacional previsible en Europa con la que tenemos actualmente en España para percibir el enorme esfuerzo de adaptación, en términos de especializaciones médicas, de tecnologías sanitarias, de organización de la asistencia y por supuesto, de mecanismos de financiación, que deberá hacer la oferta sanitaria para atender la demanda de una población crecientemente envejecida. Según los datos de la CE, el impacto del envejecimiento sobre el coste sanitario de los países miembros no debería superar uno o dos puntos porcentuales sobre las cifras de gasto de 2004 del PIB hasta el año 2050, si bien España y Reino Unido serían, según este análisis, los países con un mayor impacto, pudiendo alcanzar en nuestro país un incremento del 2,2% (Economic Policy and the European Commission, 2006).

La previsión de crecimiento del coste sanitario debido al envejecimiento entraña cierta complejidad. Aunque la edad en sí no es un factor causal de mayor gasto sanitario (sí que lo es el estado de salud de una persona), el puro efecto de envejecimiento de la población debería presionar hacia arriba el gasto público, al ser las personas mayores más demandantes de servicios sanitarios. Sin embargo, si la esperanza de vida en salud evoluciona en línea con el incremento en la esperanza de vida, el aumento previsto del gasto en atención sanitaria debido al envejecimiento sería mucho menor. Por otra parte, los costes asociados a la fase final de la vida pueden variar sensiblemente en el futuro.

Asimismo, el gasto en salud como proporción del PIB puede aumentar a un ritmo mayor si los costes unitarios (salarios y precios de los medicamentos) crecen más que sus equivalentes en la economía en su conjunto, o si las políticas públicas adoptan medidas para mejorar el acceso a la salud o la calidad de la asistencia (reduc-

ción listas de espera, aumentar la oferta), o si el aumento de la renta per cápita y/o el impacto de la tecnología provocan una mayor demanda de servicios de atención de salud. De igual forma, la gestión eficaz de la tecnología es de suma importancia; de lo contrario, la reducción de los gastos resultantes del descenso en los costes unitarios podrían ser compensados por los costes de satisfacer la demanda adicional para los nuevos y mejores tratamientos.

Previsión/proyección de la pirámide poblacional de UE 25 para el año 2050

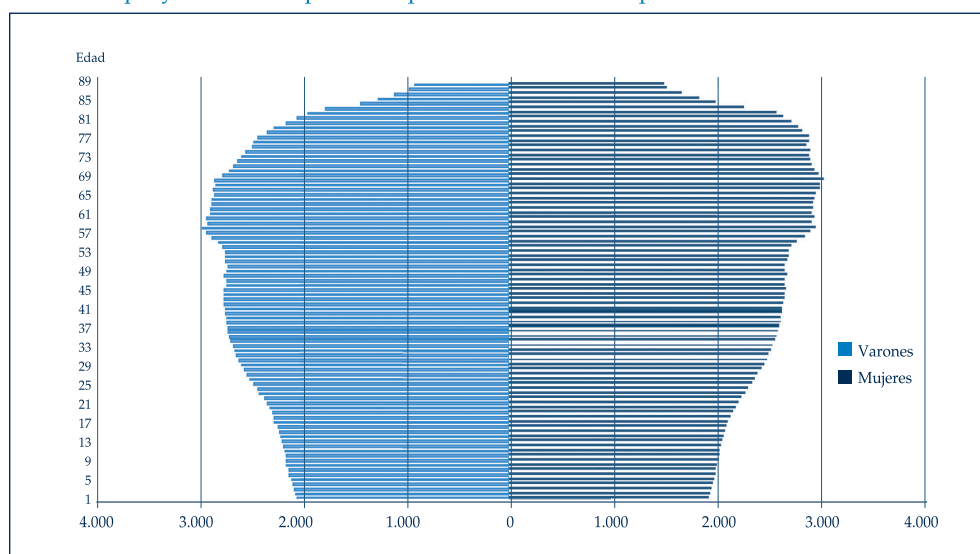


Gráfico 7 Fuente: Economic Policy Committee y European Commission (2005).

Según los datos históricos disponibles hasta la fecha, los aumentos en los gastos en salud como porcentaje del PIB en los últimos decenios no parecen haber sido muy influenciados por la evolución demográfica, sino más bien por decisiones políticas como ampliar el acceso a los servicios, por la demanda de una mejor atención sanitaria de calidad asociadas con mayor nivel de renta y por la tecnología y la innovación sanitarias que arrastran una mayor demanda y una mejora de la calidad asistencial. La incorporación de la tecnología en los sistemas sanitarios puede aumentar o disminuir el gasto público global en la salud en función de si los ahorros por mayor efectividad de los tratamientos médicos y menores costos unitarios superan a los gastos derivados de la apertura y acceso a los nuevos servicios o técnicas.

Especial mención merecen los aspectos cualitativos que para la asistencia sanitaria puede representar el envejecimiento de la población. El cambio en el perfil de la demanda puede ser tan importante como el incremento cuantitativo de la misma. Los patrones de morbilidad y mortalidad están cambiando en el contexto de una sociedad que envejece, y un desafío clave para los sistemas de atención de la salud es reequilibrar los distintos tipos de servicios y atención (primaria y secundaria, ambulatoria y hospitalaria, la asistencia de larga duración y la atención social). En este necesario cambio de la oferta sanitaria se encuentran implícitos procesos de ajuste institucional y organizativo que pueden generar tanto incrementos como reducciones de costes.



Las medidas de contención de costes agregados para controlar el volumen, precios y salarios, así como topes presupuestarios, han ayudado a reducir el gasto, especialmente en el sector hospitalario y es probable que sigan siendo decisivos en las estrategias integrales de planificación sanitaria. Sin embargo, su eficacia puede disminuir con el tiempo a medida que los proveedores modifiquen su comportamiento, con el riesgo de introducir distorsiones que podrían conducir a costosas ineficiencias. El traslado de parte de los costes al sector privado, por ejemplo, a través de sistemas de participación en gastos, también puede ayudar a controlar los gastos públicos, si bien el ahorro esperable puede ser relativamente modesto y temporal dada la necesidad de perseguir objetivos de política pública relacionadas con la mejora del acceso y la equidad.

Aunque, lógicamente, la naturaleza de los servicios sanitarios es esencialmente la misma en todos los países de la OCDE, las medidas a adoptar por unos y otros sistemas sanitarios para mejorar la eficiencia y controlar el gasto son y deben ser muy diferentes. La estructura de costes e ingresos se encuentra ligada a la propia estructura institucional y a la organización del mercado. Por ello y aunque una gran mayoría de los países avanzados comparten problemas similares en cuanto la sostenibilidad financiera de los sistemas públicos sanitarios es difícil extraer conclusiones de carácter general respecto al diseño de las medidas y políticas más adecuadas. Se trata de una tarea que cada sistema sanitario debe afrontar con la necesaria y deseable colaboración de todos los agentes que se encuentran implicados.



CAPÍTULO 2

La utilización de servicios sanitarios de la población mayor a partir de los datos de la EES 2009 y de la ENS 2006

2.1 INTRODUCCIÓN

El crecimiento del gasto sanitario en las últimas dos décadas ha sido un fenómeno común, tanto en España como en los países de su entorno. Entre las razones que pueden explicar este crecimiento del gasto sanitario se pueden citar la prioridad que para los ciudadanos de los países industrializados supone el disfrutar de una buena salud; el continuo desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias y farmacéuticas (tanto en el diagnóstico como en el tratamiento) cada vez más efectivas pero también más costosas; el crecimiento de la población (aspecto muy importante en España, debido al aumento reciente de la inmigración); el aumento de los precios del sector sanitario por encima de los precios medios del resto de sectores; y el envejecimiento de la población, ya que las personas mayores hacen un mayor uso de los recursos sanitarios, tanto mayor cuanto más avanzada es su edad.

El envejecimiento demográfico en Europa presenta dos aspectos sustanciales que pueden resumirse en una frase: “habrá cada vez más mayores, aún más mayores”. En Europa y desde 1970, se registra un aumento de la esperanza de vida al nacer de 5,5 años para las mujeres y de cerca de 5 años para los hombres, llegando en el año 2007 a 75,9 años para los varones y 82 para las mujeres. Esta evolución también se traduce en un incremento de la esperanza de vida «en buen estado de salud» o sin discapacidad. En España los datos en

el 2008 son algo mejores que la media europea, con una esperanza de vida al nacer de 78,2 años para los varones y de 84,3 para las mujeres (la esperanza de vida media es de 81,3 años, siendo también muy reseñable la mejora en la esperanza de vida en los últimos años, pues en 1973 ésta era de 73,3 años para el conjunto de la población).

Como consecuencia de ello, se produce un aumento del número de personas de edad avanzada (ver tabla 3). En la población europea, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1% en 2000 a un 27,5% en 2050, mientras que los mayores de 80 años que representaban un 3,6 % de la población en el año 2000, alcanzarán un 10% en el 2050. En España, en base a datos del INE, la población mayor de 65 años supone alrededor del 17% del total de la población hoy en

Porcentaje de la población con 65 años o más en la OCDE

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Australia	8,5	8,3	9,6	11,1	12,4	13,7
Austria	12,2	14,1	15,4	15,1	15,5	17,4
Bélgica	12,0	13,4	14,3	14,9	16,8	17,6
Canadá	7,6	8,0	9,4	11,3	12,6	14,1
República Checa	9,6	12,1	13,5	12,5	13,8	15,4
Dinamarca	10,6	12,3	14,4	15,6	14,8	16,8
Finlandia	7,3	9,1	12,0	13,4	14,9	17,3
Francia	11,6	12,9	13,9	14,1	16,1	16,7
Alemania	10,8	13,2	15,5	15,3	17,2	20,4
Grecia	8,1	11,1	13,1	14,0	16,6	18,9
Hungría	9,0	11,5	13,4	13,4	15,1	16,7
Islandia	8,1	8,9	9,9	10,6	11,6	12,4
Irlanda	10,9	11,2	10,7	11,4	11,2	11,9
Italia	9,0	10,5	12,9	14,6	17,7	20,5
Japón	5,7	7,1	9,1	12,1	17,4	23,1
Corea	2,9	3,1	3,8	5,1	7,2	11,0
Luxemburgo	10,8	12,6	13,6	13,4	14,1	14,6
México	..	4,6	4,3	4,1	4,7	5,9
Holanda	9,0	10,2	11,5	12,8	13,6	15,5
Nueva Zelanda	8,7	8,4	9,7	11,1	11,8	13,3
Noruega	10,9	12,9	14,8	16,3	15,2	15,1
Polonia	5,8	8,2	10,1	10,1	12,2	13,5
Portugal	..	9,1	11,4	13,6	16,4	18,0
Eslovaquia	6,9	9,2	10,5	10,3	11,4	12,8
España	8,2	9,6	11,2	13,6	16,8	17,4
Suecia	11,8	13,7	16,3	17,8	17,3	18,5
Suiza	10,7	11,8	14,3	15,0	15,8	17,2
Turquía	3,5	4,4	4,7	4,5	5,4	6,3
Reino Unido	11,7	13,0	15,0	15,7	15,8	16,5
Estados Unidos	9,2	9,8	11,3	12,5	12,4	13,0
OECD	9,0	10,1	11,7	12,5	13,8	15,4

Fuente: OCDE.



día, estimándose que en el año 2029 la población con 65 años o más supondrá el 23% del total, alcanzando en el 2049 el 32% (de hecho, para dicho año las proyecciones indican que el grupo de edad más numeroso en España será el que está en torno a los 70 años).

Por tanto, el envejecimiento de la población supone un desafío importante para la sostenibilidad de los sistemas de protección social de los países industrializados. De hecho, la UE ha dado una dimensión europea al gran reto del envejecimiento de la población. Los documentos de la Unión proclaman la necesidad de un planteamiento político global que abarque los aspectos económicos, sociales y laborales del envejecimiento. Dentro de los desafíos que requieren una atención particular se identifica la necesidad de “garantizar el acceso de todos a una atención sanitaria de calidad, preservando al mismo tiempo la viabilidad financiera de los sistemas de salud, para asegurar un envejecimiento saludable y el bienestar a lo largo de toda la vida”.

El incremento del número de personas de los tramos superiores de edad y el ascenso de su edad media provocará más solicitudes de asistencia de larga duración. Frente a estas nuevas necesidades, las estructuras de atención sanitaria, las modalidades de financiación y la organización de la oferta deberán evolucionar y adaptarse a la nueva estructura demográfica. Para los sistemas de protección social, la atención sanitaria y la cobertura de la dependencia son los problemas esenciales derivados del envejecimiento demográfico.

Por todo ello, parece inevitable que el envejecimiento de la población lleve implícito un aumento del gasto sanitario y social. Sin embargo, 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 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 (Lubitz and Riley, 1993, Zweifel et al., 1999). Ello supone que no es la edad cronológica *per se* de los individuos, sino su estado de salud, lo que determina el gasto sanitario. Dicho de otro modo, el incremento de personas mayores no genera un incremento lineal de gasto sanitario por cuanto la vida en salud también se prolonga con la esperanza de vida.

Por otra parte, el envejecimiento no comporta sólo un problema sanitario y de protección social; la necesidad de alargar la vida en salud supone también prolongar la vida activa, lo que comportará cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas. Ello deberá contribuir también a aliviar, en su caso, a las familias de la carga de estas personas mediante servicios estructurados de asistencia e iniciar un debate acerca de los últimos años de la vida.

Ahora bien, diferentes estudios muestran un fuerte incremento del gasto sanitario en los próximos años como consecuencia del envejecimiento. Las estimaciones varían según los escenarios considerados, en función de la toma de medidas o no de contención de gasto sanitario. Para España, el aumento del gasto sanitario total se estima en torno al 1,5% de incremento anual (ver figura 2).



Por su parte, en el estudio predecesor de éste, realizado por la UPF y patrocinado por la Fundación Pfizer, se calcula, en consonancia con lo que han puesto de relieve estudios previos realizados en España y en otros países, que el impacto puramente demográfico sobre el gasto sanitario público en las Comunidades Autónomas españolas resulta en tasas de crecimiento anual iguales o inferiores al 2,2%, si bien estas tasas anuales serán previsiblemente crecientes más allá del 2020 (Casado, 2009). El crecimiento real del gasto sanitario público de acuerdo con el impacto puramente demográfico representa el crecimiento mínimo indispensable del gasto sanitario a fin de que no se reduzca el nivel actual de prestaciones, al que habría que añadir el efecto del aumento diferencial de precios de los inputs sanitarios así como el aumento de la prestación sanitaria real media: incremento de las prestaciones e incorporación de innovaciones, incremento de la utilización por cápita y de la intensidad de recursos por acto médico.

Estos aspectos hacen que exista una indudable presión sobre el gasto sanitario. Las últimas estimaciones de la OCDE muestran que en 2005 el gasto sanitario en cuidados de larga duración representaba únicamente el 1% del PIB en los países de la OCDE, mientras que para el 2050 se prevé un porcentaje entre el 2% y el 4% del PIB (figura 3). De hecho, la correlación entre envejecimiento y cuidados de larga duración es evidente tal como muestra la figura anterior. Por este motivo, conocer el patrón de utilización de recursos sanitarios por parte de las personas mayores es fundamental para poder prever el aumento del gasto sanitario. Pero también es relevante el gasto en cuidados de larga duración para la población de mayor edad, que se une al mayor uso de recursos sanitarios que hace este segmento de la población; estos efectos, combinados, pueden dar lugar a un gran incremento de los gastos sanitarios y sociales en el futuro, en un contexto de envejecimiento de la población, y no ceñido únicamente a los países industrializados (IMSERSO, 2003).

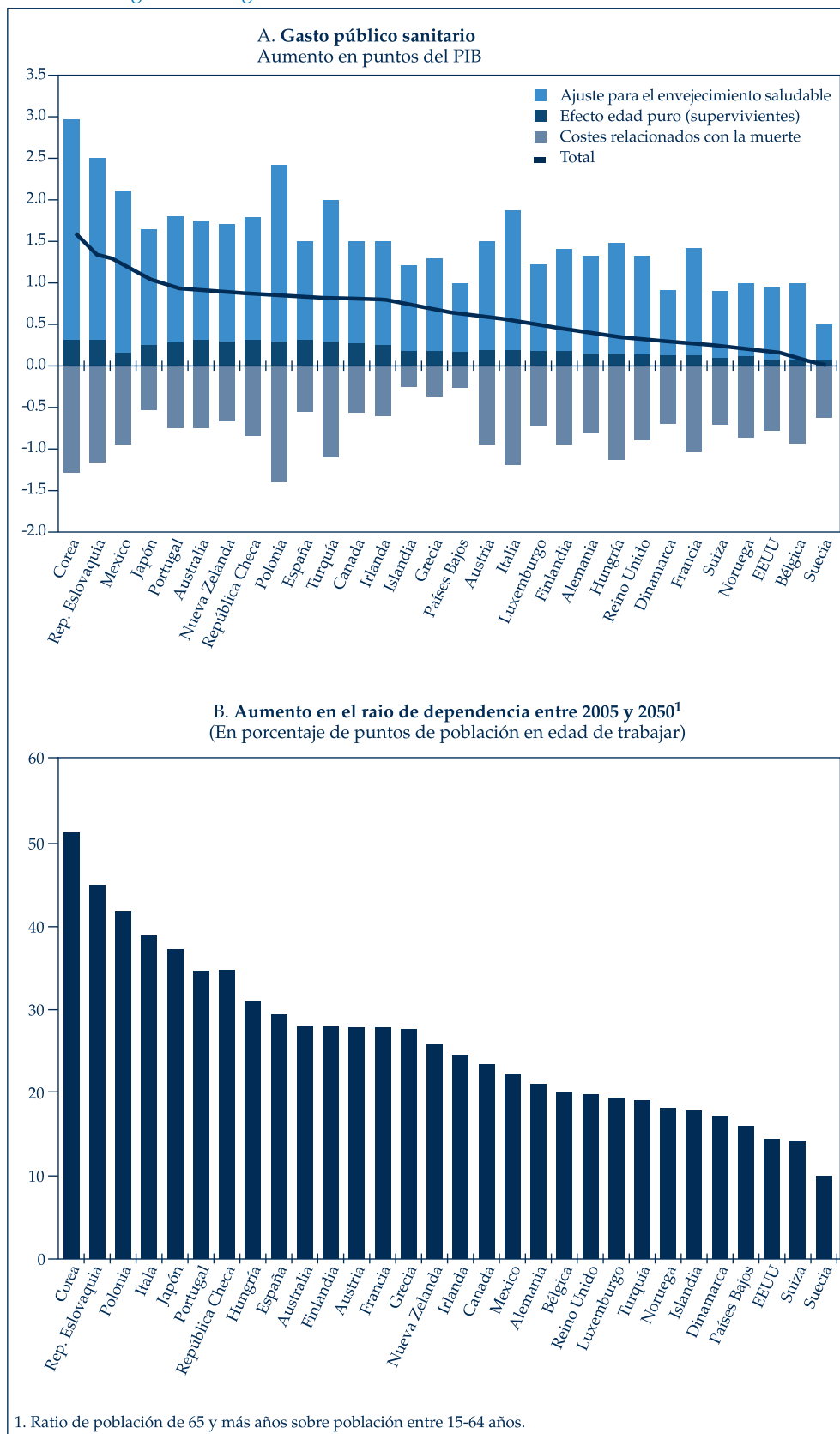
Por todo ello, los objetivos de este capítulo, en base a los datos disponibles y desde la perspectiva de los antecedentes que analizaremos a continuación, se resumen en:

1. Conocer la evolución de las pautas de utilización de servicios sanitarios y consumo de fármacos de las personas mayores de 65 años en la actualidad en relación con el resto de la población con el fin de aproximar una cuantificación actualizada del impacto de los diferentes grupos etáreos de mayores en el gasto sanitario, utilizando para ello los datos que nos ofrece la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 y la EES de 2009.
2. Identificar aquellos aspectos determinantes en la utilización de servicios sanitarios por parte de la población de más de 65 años tales como el estado de salud, los ingresos, la edad, el género, etc. , utilizando de nuevo los datos que nos ofrecen la ENS y la EES.

De esta forma, podremos identificar los patrones diferenciales de uso de los servicios sanitarios de las personas mayores en comparación al resto de la población y los factores que determinan utilizaciones diferentes entre las propias personas de



Efectos demográficos del gasto sanitario



Fuente: (OECD, 2006b).

Figura 2

65 y más años. Antes de analizar estos aspectos, realizaremos un repaso de la literatura sobre ambos aspectos.

Correlación entre envejecimiento de la población y cuidados de larga duración

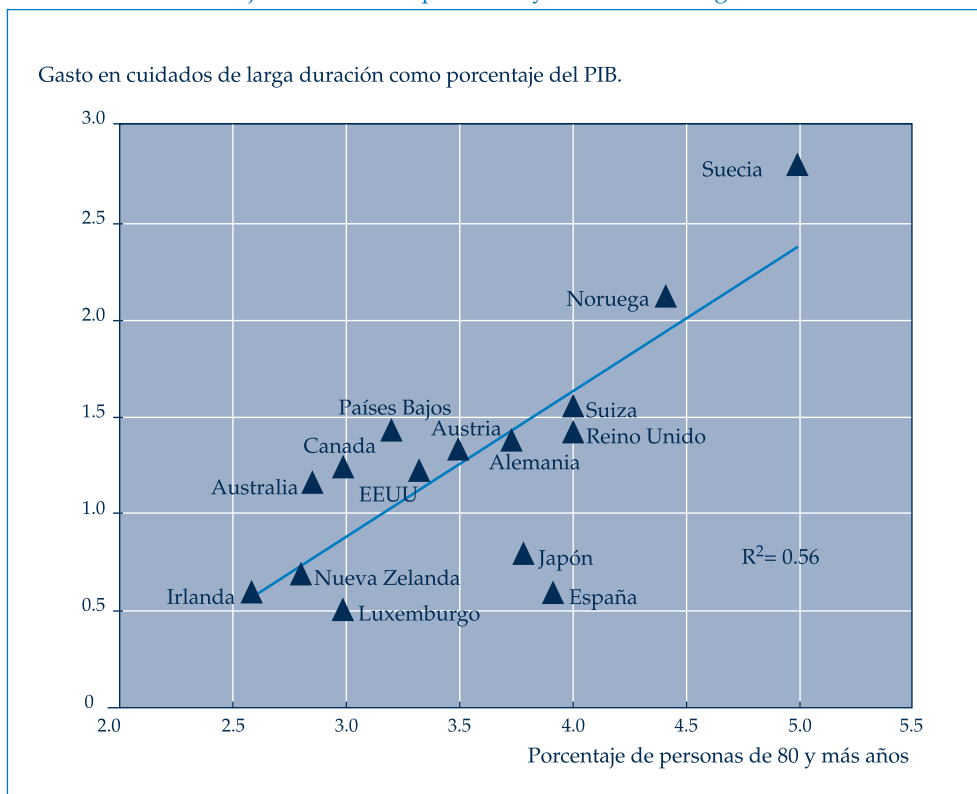


Figura 3 Fuente: (OECD, 2005).

2.2 ANTECEDENTES

En este apartado vamos a realizar un repaso de los trabajos que se han realizado en torno a la utilización de recursos sanitarios de las personas mayores y de las implicaciones que esto tiene en términos de gasto sanitario. Como veremos, los trabajos realizados al respecto no son muy numerosos, si bien pretendemos hacer un breve resumen de lo realizado hasta el momento para España, con comentarios a alguna obra extranjera que pueda ser especialmente relevante.

Por otra parte, también comprobaremos que la mayor parte de los trabajos realizados se centran en el impacto que el envejecimiento de la población tiene sobre el gasto sanitario, más que propiamente sobre el uso de recursos sanitarios por parte de la población mayor; podemos adelantar que la mayoría de estos estudios señalan que, a la hora de estudiar los determinantes del crecimiento del gasto sanitario, el envejecimiento de la población no es tan significativo como otros hechos, entre los cuales destaca el crecimiento de la prestación sanitaria media por persona protegida o el impacto del desarrollo e introducción de nuevas tecnologías. En última instancia, buena parte del impacto que puede tener el envejecimiento sobre el gasto sanitario (y el uso de recursos sanitarios) se ocasiona porque en este segmento de la sociedad se concentra buena parte de la pobla-



ción que está cercana al momento de su muerte, siendo éste un factor fundamental, pues los estudios realizados acerca de cómo se distribuye el gasto sanitario a lo largo del ciclo vital indican que buena parte del gasto sanitario que realiza una persona a lo largo de su vida se concentra en su último año de vida (Zweifel et al., 1999)

Debe tenerse presente, además, que el impacto demográfico sobre el gasto sanitario no se limita en el caso de España al envejecimiento de la población, pues el aumento de la población en el último decenio (que se explica básicamente por la llegada de inmigrantes) ha propiciado un incremento en la demanda de servicios sanitarios. Al ser el sistema público español de cobertura universal, la llegada de inmigrantes ha generado un incremento en la utilización de recursos sanitarios, independiente al envejecimiento poblacional.

Vamos a comenzar el repaso a los antecedentes con los trabajos de Ahn y otros autores (Ahn et al., 2003, Ahn et al., 2005). Estos autores realizan un estudio de las relaciones entre envejecimiento, salud y demanda de servicios sanitarios, llevando a cabo una estimación de cómo el progresivo envejecimiento de la población española puede afectar al gasto público en el futuro, con datos de finales de los años 90.

Para estos autores, el nivel de salud (a través de Años de vida ajustados por discapacidad, DALE) y el gasto sanitario no guardan relación directa. España en 1999, ocupaba el 6º puesto entre 191 países en nivel de salud, mientras que en gasto/PIB ocupaba la posición 29. Sí que parece existir relación directa entre gasto per cápita y nivel de salud, si bien el rendimiento obtenido por unidad monetaria es decreciente. A su vez, el crecimiento del gasto por habitante en mayores de 70 años ofrece resultados mucho menores que para la población en general en términos de DALE.

En términos de la incidencia del envejecimiento de la población en el gasto sanitario, estos autores parten de la mayor utilización que las personas mayores hacen de los recursos sanitarios, para realizar una estimación de cómo afecta este hecho al gasto sanitario, llegando a concluir que, aún con las incertidumbres inherentes a realizar un estudio hasta el año 2040, cabe esperar un crecimiento del gasto sanitario público de un 40%, con una media anual del 0,74% de aumento, siendo el principal motivo de éste el crecimiento del gasto medio per cápita propiciado por el envejecimiento de la población. Este efecto podría verse en parte mitigado si prosigue la reducción en la tasa de mortalidad debido a que la mayor parte del gasto se concentra en el momento previo a la muerte.

Si descomponemos el gasto en las 3 principales categorías en las que se puede agrupar, comprobamos que en el gasto hospitalario se aprecia una rápida progresión del gasto sanitario por edad: desde los apenas 200 euros por persona a edades comprendidas entre 1 y 25 años, hasta los más de 1.600 euros por persona a las edades más avanzadas; respecto al gasto en atención primaria, se observa que los principales consumos tienen lugar a edades muy tempranas (hasta los 5 años) y a

edades posteriores a los 60 años, de manera que cada individuo representativo de entre 6 y 50 años tiene un gasto estimado como la mitad del gasto estimado para los individuos de las restantes edades, unos 80 euros por año frente a 160 euros por año; por último, en lo que respecta al gasto farmacéutico, de los 100 euros que gasta un individuo típico de entre 31 y 35 años de edad, se pasa a los 350 o más que gastan los individuos de 71 o más años.

En los Informes para el Análisis del Gasto Sanitario realizados (Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005, Instituto de Estudios Fiscales, 2007), se analiza la evolución y el comportamiento del gasto sanitario, sin que en general se entre en el análisis por grupos de edad, pero con algunos datos que pueden ayudar a entender cómo impacta la edad en el gasto sanitario a través de un análisis descriptivo. En este trabajo se comprueba claramente como el gasto sanitario es mayor en los grupos de más edad, como se puede comprobar en la figura 4 y figura 5.

El gasto sanitario per cápita se incrementa claramente con la edad a partir de los 5 años, estando por encima de la media ya a partir de los 55 años, y llegando casi a triplicar el gasto per cápita medio en los mayores de 74 años; además, se comprueba cómo este mayor gasto sanitario de los mayores se concentra en la atención hospitalaria y en el gasto farmacéutico (especialmente en este último a partir de los 65 años). Asimismo, se realiza un análisis de los principales impulsores del crecimiento del gasto sanitario, llegando a concluir que el mayor peso se debe al incre-

Índices de gasto medio per cápita por tramos de edad por tipo de gasto sanitario

Tramos de edad	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y traslados	Admón. y Salud Pública
De 0 a 4 años	1,190	0,209	1,449	1,00	1,00
De 5 a 14 años	0,261	0,153	0,752	1,00	1,00
De 15 a 44 años	0,515	0,247	0,739	1,00	1,00
De 45 a 54 años	0,840	0,689	1,118	1,00	1,00
De 55 a 64 años	1,341	1,391	1,205	1,00	1,00
De 65 a 74 años	2,195	3,210	1,567	1,00	1,00
Más de 74 años	3,116	4,300	1,484	1,00	1,00

Figura 4 Fuente: Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, 2005.

Índices de gasto medio per cápita por tramos de edad para el gasto sanitario total

Tramos de edad	Total
De 0 a 4 años	1,031
De 5 a 14 años	0,433
De 15 a 44 años	0,547
De 45 a 54 años	0,904
De 55 a 64 años	1,292
De 65 a 74 años	2,175
Más de 74 años	2,759

Figura 5 Fuente: Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, 2005.



mento en la prestación real media por persona, suponiendo el impacto demográfico debido al envejecimiento de la población una parte muy pequeña de la explicación del crecimiento del gasto público, en consonancia con la mayor parte de los trabajos que vamos a examinar.

El estudio reciente más completo sobre el tema es el coordinado por David Casado (Casado, 2009) que se dedica al análisis del impacto que la demografía tendrá en el gasto sanitario futuro. Para ello los autores simulan el impacto del envejecimiento de la población sobre el gasto sanitario en 3 escenarios diferentes, que los autores denominan *naïve*, ajustado por costes de muerte, y ajustado por costes de muerte e inmigración. En el primero se suponen que el gasto medio por sexo y edad permanece constante a lo largo del tiempo, con lo que teniendo en cuenta las predicciones demográficas, se estima la evolución del gasto sanitario futuro. El segundo pretende corregir la sobreestimación de los costes del envejecimiento que ocasiona en el primer escenario que no se tenga en cuenta que la mayor parte de los costes sanitarios se producen en cercanía del momento de la muerte (algo que el escenario *naïve* no toma en consideración), mientras que el tercero añade a esta consideración la importancia que la inmigración tiene en España (para lo que debe tenerse en cuenta el gasto sanitario por inmigrante y por autóctono por separado⁴). Además, cada uno de los escenarios se desagrega para el gasto en atención hospitalaria, primaria y farmacéutica, además del gasto sanitario total.

Los resultados a los que se llegan indican que el principal determinante del crecimiento futuro del gasto sanitario es la cobertura poblacional (el crecimiento de la población protegida, en suma), teniendo el envejecimiento un impacto bastante menor; en concreto, en las Comunidades Autónomas en las que sólo cabe esperar crecimiento del gasto debido al envejecimiento de la población (ya que, al ser poco dinámicas demográficamente, su población apenas aumenta: Aragón, Extremadura, Galicia, Castilla-León y Asturias), la tasa anual acumulativa de aumento del gasto sanitario es del 0,7%, frente al 2% que registran las CCAA más dinámicas demográficamente (Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia), estando los datos para el resto de las CCAA entre el 1 y el 2%.

Si consideramos el segundo escenario, en el que se ajustan los resultados por el coste de la muerte, se produce una ligera reducción (en torno al 0,3%) en el incremento anual del gasto sanitario, reducción que se centra en la atención hospitalaria. Por otra parte, el ajuste por el impacto diferencial que supone la inmigración indica que éste tiene un efecto despreciable sobre los incrementos esperados del gasto público, pues los patrones de gasto de los inmigrantes no difieren demasiado

⁴ Existen trabajos que se centran en el uso de recursos sanitarios por parte de la población inmigrante en España, como el trabajo de INE 2009. *Proyecciones de población a corto plazo. 2009-2019*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística. En dicho trabajo se comparan los gastos sanitarios entre inmigrantes y autóctonos, llegando a la conclusión de que los inmigrantes hacen mayor uso de los recursos hospitalarios y de urgencias, pero menor uso del resto de los recursos sanitarios. Otro trabajo al respecto, cuya principal conclusión es que existen barreras de acceso a la atención especializada, que dificultan el acceso de la población inmigrante a la misma, es el de LÓPEZ-CASASNOVAS, G. & MOSTERÍN, A. 2006. Los nuevos ejes del gasto social: hacia una visión generacional de las políticas pública.



de los de la población autóctona. En definitiva, este trabajo plantea que el impacto del envejecimiento poblacional sobre el gasto sanitario, aún siendo relevante, es bastante menor que el atribuible al que supone el propio crecimiento de la población, con el consiguiente incremento de la población protegida, en un contexto en el que crece el gasto por persona protegida.

Como resumen de los resultados cuantitativos que ofrece este trabajo, se puede destacar que el impacto demográfico sobre el crecimiento del gasto sanitario público supone un incremento para la media de las CCAA (media sin ponderar) que oscila entre el 0,99 y el 1,39% anual, dependiendo del escenario considerado hasta el 2016, de manera que dicho impacto demográfico (efecto cobertura y efecto envejecimiento) supone un incremento para la media de las CCAA (media sin ponderar) que oscila entre el 16,68% y el 11,66%. Si aislamos el efecto envejecimiento, su impacto promedio (por el cambio en la estructura de edades de la población) supone un aumento acumulado de la necesidad de gasto sanitario entre el 7,31% y el 8,11%, dependiendo de nuevo del escenario considerado.

Otros trabajos (Kotlikoff and Hagist, 2005, Puig-Junoy et al., 2004, Dormont et al., 2006) muestran resultados parecidos, ya que, si bien parte del crecimiento del gasto sanitario (en los últimos años, o en previsiones para el futuro) se puede explicar por el envejecimiento de la población, éste se explica fundamentalmente por otras razones, entre las que destaca el incremento de las prestaciones sanitarias. En concreto, el trabajo de Kotlikoff y Hagist muestra que, entre los años 1970 y 2002 para un estudio que comprende a 10 países de la OCDE, el crecimiento del nivel de prestaciones tiene un efecto 11 veces mayor que el del impacto del efecto demográfico que ocasiona el envejecimiento de la población. Por su parte, en el trabajo de Puig-Junoy et al., el crecimiento en la prestación real media por persona protegida explica, dentro del aumento anual del gasto sanitario, el 1,9%, mientras que el factor demográfico supone el 0,5%. Otro estudio posterior de Puig-Junoy (Puig-Junoy, 2006) indica que otro factor muy relevante en el crecimiento futuro del gasto público es el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias (cada vez más costosas en su investigación, aplicación y extensión).

Otro trabajo interesante al respecto es el de López Casanovas y Mosterín (López-Casanovas and Mosterín, 2006), en el que indican que en España, la población de más edad es la más beneficiada por el incremento de recursos destinados a la sanidad, pues es quien más utiliza este tipo de recursos, si bien el crecimiento en el gasto sanitario no sólo se explica por el envejecimiento de la población, sino también por otras causas (esencialmente que los procedimientos médicos y farmacéuticos en general son más costosos, así como la extensión de la sanidad de forma universal, a una población creciente, por la llegada de inmigrantes). Todo ello se enmarca en un contexto general en el que el mayor gasto social se une a una redistribución intergeneracional del mismo que favorece a las personas mayores, en detrimento de las personas jóvenes o de las posibilidades de inserción laboral de algunos colectivos.



Otro trabajo a considerar es el de la OCDE (OECD, 2006b), en el que se ajusta el crecimiento del gasto sanitario por los costes de la muerte (con la misma finalidad ya comentada en el trabajo coordinado por Casado ya revisado). Se consideran 3 escenarios para estudiar cuánto se va a incrementar el gasto sanitario hasta el año 2050: uno estándar (en el que se tiene en cuenta el impacto demográfico sin más), otro con presión de costes sanitarios (se supone que estos crecerán más allá de lo que lo hace la renta; un 1% más anual, en concreto) y otro con contención de costes sanitarios (que tiende a eliminar para el año 2050 la tendencia creciente que viene experimentando el gasto sanitario).

En el escenario de presión de costes, se estima que el peso del gasto sanitario respecto al PIB en los países de la OCDE pasará del 7% actual al 13% en el año 2050, mientras que en el escenario de contención de costes se llegaría en el año 2050 a alrededor de un 10% en dicha relación (lo que presupone que, aun intentando contener el gasto sanitario a través de políticas activas de control de este gasto, éste va a seguir creciendo en términos relativos).

Otros trabajos (OECD, 2006a, OECD, 2007, Pickard and al, 2007, Rivlin and Wiener, 1988) se centran, más que en el impacto del envejecimiento poblacional sobre el gasto público, en el uso de recursos sanitarios que hacen las personas mayores respecto al conjunto de la población que, como hemos visto previamente, es claramente mayor en la mayor parte de los indicadores (ya sean de atención primaria, hospitalaria o farmacéutica) que analizamos al respecto, algo que corroboran estos estudios, siendo además creciente esta tendencia en los últimos años. En parte este hecho se puede asociar a la mayor presencia de determinadas patologías entre las personas de mayor edad (Schulz, 2005, WHO, 2000) o también a la necesidad y/o capacidad de acceder a determinado tipo de recursos médicos (Winakur, 2005).

En otro estudio que se centra en la demanda de servicios sanitarios en relación con los cambios demográficos que se esperan en el futuro, entre los que destaca el envejecimiento de la población y el aumento en la esperanza de vida (Wittenberg et al., 1998), la autora emplea dos enfoques distintos, en ambos casos para 8 países de la Unión Europea, entre los que se incluye España: en el primero, se usan datos de utilización de recursos sanitarios procedentes de fuentes nacionales, que se combinan con dos escenarios demográficos distintos, con la intención de mostrar el impacto del cambio demográfico y de la mayor esperanza de vida sobre la utilización de recursos sanitarios; en el segundo, se usan datos del European Community Household Panel, combinados en este caso con 4 escenarios de salud y demográficos.

Los resultados obtenidos en ambos casos son similares, indicando que los cambios en el número de días de hospitalización y en la demanda de cuidados a largo plazo probablemente sean mayores que el número de admisiones hospitalarias y las visitas al médico; que incluso los países en los que las predicciones demográficas indican un descenso de población hasta el año 2050 muestran un mayor consumo de recursos sanitarios al final del período considerado; por último, indica que las mejoras en el nivel de vida van acompañadas de niveles de utilización de recursos

sanitarios aún mayores, lo que plantea la conveniencia de seguir dedicando recursos crecientes a la sanidad, con rendimientos cada vez menores en términos de las mejoras de salud que se obtienen.

Otro estudio referido a los determinantes del gasto sanitario en la Unión Europea (Manton, 1982) llega a la conclusión de que el principal determinante de este crecimiento es el aumento de la renta en estos países, existiendo otros factores relevantes, unos desde la perspectiva de la demanda (entre ellos especialmente el envejecimiento o una mayor tasa de desempleo) y otros desde la perspectiva de la oferta (número de camas, de médicos, etc.) que parecen influir positivamente en el crecimiento del gasto sanitario en los países estudiados. Algún trabajo (Zweifel et al., 1999) plantea que el nivel de renta de un país está asociado al desarrollo e implantación de nuevas tecnologías, determinantes ambos, como estamos viendo, del gasto público, de manera que la influencia de la introducción de nuevas tecnologías en el crecimiento del gasto público se puede explicar a través de la mayor disponibilidad de recursos para este fin que propicia el crecimiento de la renta per cápita de los países con mayor crecimiento económico. García Goñi realiza un estudio en este sentido, en el que, tras repasar los principales determinantes del gasto sanitario, se centra en la riqueza y la renta, indicando que se produce una relación de causalidad bidireccional entre riqueza y salud, pues una mayor renta mejora la salud, al tiempo que una mejor salud propicia la consecución de mayores niveles de renta (García Goñi, 2006).

Asimismo, también existe algún estudio (Hitiris and Posnett, 1992) que aboga por el envejecimiento como principal causa del crecimiento del gasto público. Otro trabajo interesante (Lee and Miller, 2002) se centra en los efectos del envejecimiento sobre el gasto sanitario, medido éste en relación al PIB con el horizonte del año 2050. Para ello, plantea la posibilidad de estudiar los efectos que sobre el gasto sanitario⁵ en relación con el PIB se dan en 4 escenarios diferentes: uno es el escenario base (que recoge un incremento en la participación del gasto sanitario en relación con el PIB del 2,7%), mientras que los otros 3 se comparan con el año base. Los otros escenarios son el de mayor esperanza de vida, el de mejor salud y el que combina los dos anteriores, por tanto con mayor esperanza de vida y mejor salud.

El de mayor esperanza de vida (con el consiguiente envejecimiento de la población) incrementa el gasto sanitario/PIB en un 0,8% para el período considerado (entre 2002 y 2050). Sin embargo, el suponer una mejor salud implica reducir el consumo de recursos sanitarios, lo que lleva a reducir el gasto sanitario (siempre respecto al PIB) en un 0,9%. Si se combinan ambos escenarios, el resultado es una reducción del gasto sanitario de un 0,3%, lo que implica que el efecto positivo que implica la mejora en la salud más que compensa el efecto negativo que implica la mayor esperanza de vida y el potencial envejecimiento de la población.

⁵ También se plantea la incidencia que cada uno de estos supuestos tiene sobre las pensiones públicas y sobre la sostenibilidad de las cuentas públicas en estas circunstancias, a partir de un cálculo de cuánto habría que aumentar los impuestos para financiar el mayor gasto sanitario y en pensiones.



En última instancia, de los trabajos que hemos revisado, se puede concluir que la hipótesis de "red herring"⁶, cuyo principal exponente es Zweifel (Zweifel et al., 1999, López-Casasnovas and Mosterín, 2008, Mehrotra, 2003), que plantea que el envejecimiento no es el principal factor causante del crecimiento del gasto sanitario, parece demostrarse en la casi totalidad de dichos trabajos. Otros factores son más importantes: proximidad a la muerte⁷ (Stearns and Norton, 2004), innovaciones tecnológicas (Simó Miñana, 2007, Breyer and Felder, 2006, Matteo, 2005), creciente demanda de salud, crecimiento poblacional (muy relevante en los estudios antes comentados sobre España), políticas sanitarias (Hakkinen et al., 2008), etc.

Sin embargo, existen algunos trabajos que, o bien defienden que el envejecimiento sí tiene un papel relevante en la explicación del crecimiento del gasto sanitario (Eiroa Patiño and al., 1996) o que critican las conclusiones a las que llegó Zweifel, a través de su modelo, en base a que la metodología econométrica utilizada puede explicar que el envejecimiento tenga un papel poco relevante como variable explicativa del aumento del gasto sanitario (García Goñi, 2006).

Como conclusiones generales de lo visto hasta ahora, se puede indicar que existe una evidencia clara que indica que la población de mayor edad utiliza los recursos sanitarios con más intensidad que el resto de la población, centrándose este mayor uso de recursos sanitarios en la atención hospitalaria y en el gasto farmacéutico, si bien también es mayor la frecuentación de este grupo etáreo a las consultas de atención primaria. Con todo, la mayor parte de los trabajos que pretenden estudiar los determinantes del creciente gasto sanitario, aun señalando que el envejecimiento es uno de estos factores explicativos, muestran que existen otros factores más relevantes a la hora de explicar este hecho, como el incremento del gasto por proceso médico, el incremento poblacional, la mayor demanda de salud o el desarrollo e introducción de nuevas tecnologías.

2.3 MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez estudiados los antecedentes, el punto de partida a nuestro trabajo es analizar el patrón de uso de los recursos sanitarios por parte de la población en función de la edad y la diferente utilización de estos en función de las características socioeconómicas de las personas mayores.

6 *Red herring* se puede definir como pista falsa o, en líneas generales, algo que hace que se desvíe la atención sobre el tema principal. En este sentido se apunta que la hipótesis de que el envejecimiento es la principal explicación del aumento del gasto sanitario, desvíe la atención sobre las principales razones de este aumento.

7 Teniendo en cuenta la relación positiva entre mayor edad y proximidad a la muerte, parece que buena parte de los estudios iniciales que atribuían el crecimiento del gasto sanitario al envejecimiento de la población incurrieran en el error de no tener presente que suele ser la proximidad a la muerte la que explica gran parte de ese incremento del gasto sanitario, y no estrictamente el envejecimiento de la población. En trabajos más recientes, como hemos comprobado, tienden a separarse ambos efectos (envejecimiento y proximidad a la muerte), obteniendo resultados tendentes a concluir que pesa mucho más en un mayor gasto sanitario la proximidad al "exitus" que el envejecimiento de la población. Según Werblow et al., el único factor relacionado con la mayor edad que influye de forma significativa en el gasto público es el cuidado a pacientes de larga duración, ya que muchos de los mismos son pacientes de edad avanzada.



Tal como hemos señalado en la introducción, el objetivo de este capítulo es conocer la evolución de las pautas de utilización de servicios sanitarios y consumo de fármacos de las personas mayores de 65 años en comparación con el resto de la población, utilizando para ello los datos que nos ofrece la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 (ENS 2006) y compararlo con los recientes resultados para España de la Encuesta Europea de Salud de 2009 (EES 2009).

Por todo ello, el objetivo de este capítulo, en base a los datos disponibles y desde la perspectiva de los antecedentes que analizaremos en el segundo apartado, se resume la utilización de los recursos sanitarios por grupos de edad y sexo. Este trabajo ha supuesto analizar la mayoría de las preguntas que tienen que ver con la utilización de recursos sanitarios por parte de la población y que se recogen en el cuestionario de la ENS de 2006. En dicho cuestionario, se han introducido numerosas cuestiones relacionadas con la utilización de recursos sanitarios por parte de la población española. De esta forma, nos hemos centrado en los siguientes aspectos:

- Número de consultas al médico de familia en las últimas cuatro semanas
- Número de consultas al especialista en las últimas cuatro semanas
- Realización de prueba no urgente en las últimas cuatro semanas
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: radiografía
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: tac
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: ecografía
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: resonancia magnética
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: análisis
 - Tipo de prueba realizada en las últimas cuatro semanas: otro tipo de prueba
- Número de consultas de enfermería en las últimas cuatro semanas
- Número de veces ingresado en el hospital los últimos 12 meses
- Número de días ingresado en el hospital la última vez en los últimos 12 meses
- Número de veces que utilizó el servicio de urgencias los últimos 12 meses
- Número de enfermedades para las que consume medicamentos

Los registros de la ENS se han utilizado para el cálculo de la cobertura de vacunas, como el caso de la gripe (Jiménez et al., 2003, López-de-Andrés et al., 2008, Jiménez-García et al., 2008b, Jiménez-García et al., 2008a, Vázquez-Fernández del Pozo et al., 2007, Jiménez-García et al., 2006, Mayo Montero et al., 2004, Sarria-Santamera and Timoner, 2003, Sarria and Timoner, 2002) o para estudiar factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades como el tabaquismo o el alcohol (López Nicolás, 2002, Tamarit Conejeros et al., 2007, Fernández García et al., 2007, Antonanzas and Portillo, 2003, Guallar-Castillón et al., 2001, Rodríguez Artalejo et al., 2000, Morales Suárez-Varela et al., 1997, García et al., 1991). También existe



algún trabajo sobre el enfoque de género (Ruiz Cantero et al., 2006) en las ENS. Los determinantes socioeconómicos y la utilización de recursos sanitarios son también analizados con datos de la ENS (Regidor et al., 2006, Rodríguez and Stoyanova, 2004). De igual forma, los aspectos relacionados con las desigualdades en salud se analizan con datos de diferentes ENS (Costa-i-Font, 2005, Artazcoz et al., 2004, Álvarez-Dardet et al., 2001, Regidor et al., 1996, Fernández de la Hoz and León, 1996, Espinas et al., 1995). Otros trabajos interesantes son los que realizan una estimación de la calidad de vida a través de los datos de diferentes ENS (García-Altes et al., 2006) o el trabajo sobre la salud de los mayores (Gonzalo and Pasarin, 2004, Fernández-Mayoralas et al., 2000). También existen trabajos sobre accidentabilidad (Prada et al., 1995, Gutiérrez-Fisac et al., 1992) y obesidad (Vioque and Vicente, 1994) sustentados en los datos de las ENS.

Ahora bien, nuestro trabajo se ha enriquecido notablemente con la utilización de los datos para España de la EES 2009. Dicha encuesta se enmarca en la propuesta de la Comisión Europea de crear un sistema europeo de información sanitaria a través de encuestas, con el fin de atender las demandas de información, los estados miembros decidieron implementar un sistema europeo de encuestas de salud, flexible y coordinado que facilitase información armonizada para los 27 países y construido alrededor de una encuesta central y de carácter modular. Por tanto, la EES 2009 tiene como objetivo general proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo, y con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

Nuestra comparación con los datos de la ENS 2006 se ha hecho básicamente con el módulo de asistencia sanitaria, ya que el objetivo de este capítulo era analizar los patrones de utilización de los recursos sanitarios por edad y sexo. En este sentido hay que señalar, que esta comparación es posible porque tanto el MSPSI como el INE han realizado conjuntamente una comparación con la ya existente Encuesta Nacional de Salud con el fin de elaborar una adaptación del cuestionario que procurase mantener en lo posible las principales series ya existentes, sin menoscabo de garantizar la comparabilidad de la información, objetivo básico de la EES 2009. De hecho, el INE y el MSPSI han optado por mantener de momento ambas encuestas, cada una con su metodología y modificar la periodicidad de la encuesta nacional (se pasa de dos años y medio a cinco años), alternando su implementación con la siguiente edición de la Encuesta Europea. Además, se introducen preguntas de la Nacional que completen la europea y permitir con ello un posible enlace en las series de cara a una convergencia parcial de ambas encuestas en un futuro.

Hay que destacar, que este trabajo constituye la primera utilización de los datos de la EES 2009 en un trabajo de investigación. En el apartado siguiente comentamos los principales resultados que hemos obtenido a través de las dos encuestas utilizadas.

2.4 RESULTADOS

Utilización de recursos sanitarios por edad y sexo en la ENS 2006.

Analizando el uso de recursos sanitarios que se produce a diferentes niveles en función de la edad de los demandantes de servicios sanitarios en España, se comprueba que buena parte del uso de recursos sanitarios (ya sea en consultas, hospitalizaciones o consumo farmacéutico) se concentra en los grupos de mayor edad, lo que de nuevo puede deberse en parte al hecho ya comentado de que el uso de recursos sanitarios se intensifica en los momentos previos a la muerte, pero sin olvidar el propio impacto que el envejecimiento de la población supone sobre el uso de estos recursos.

En primer lugar vamos a analizar (ver tabla 4) cómo evoluciona la modalidad de cobertura sanitaria en función del grupo de edad considerado. Se puede comprobar cómo los individuos de más de 65 años tienen una mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública, reduciéndose su capacidad de acceso a la sanidad privada, probablemente en razón de la merma en los ingresos que suele implicar la jubilación. Así, el 90,74% de las personas mayores de 65 años únicamente tienen cobertura pública, por lo que su acceso a los recursos sanitarios se limita a los que proporciona el Sistema Nacional de Salud (SNS), mientras que en el grupo de edad inmediatamente anterior, el acceso a una cobertura mixta era prácticamente del doble que en el grupo de mayor edad.

Modalidad de cobertura sanitaria según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2006

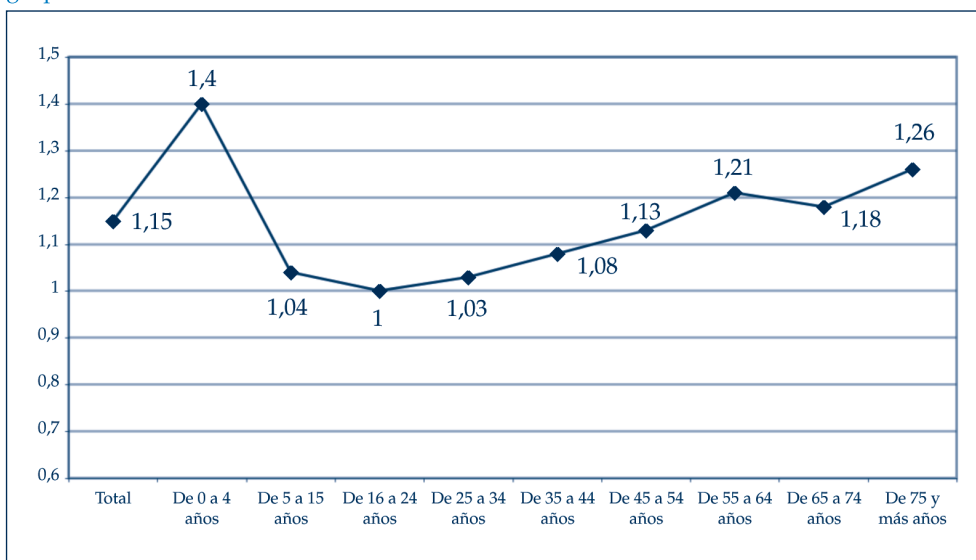
	Pública exclusivamente	Privada exclusivamente	Mixta	Otras situaciones
AMBOS SEXOS				
Total	85,12	1,4	13,19	0,3
De 0 a 15 años	86,44	1,1	12,39	0,07
De 16 a 24 años	89,11	1,45	8,61	0,83
De 25 a 64 años	82,44	1,54	15,7	0,33
De 65 y más años	90,74	1,16	8,03	0,07
VARONES				
Total	83,63	1,6	14,38	0,39
De 0 a 15 años	85,78	1,25	12,88	0,09
De 16 a 24 años	86,46	1,73	10,85	0,95
De 25 a 64 años	80,75	1,75	17,06	0,44
De 65 y más años	91	1,27	7,63	0,1
MUJERES				
Total	86,57	1,2	12,03	0,2
De 0 a 15 años	87,13	0,94	11,88	0,05
De 16 a 24 años	91,89	1,16	6,25	0,7
De 25 a 64 años	84,15	1,32	14,32	0,21
De 65 y más años	90,55	1,08	8,33	0,04

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



Si comenzamos con el análisis de la frecuentación en consultas por grupo de edad estudiando el número medio de consultas en las últimas 4 semanas por grupo de edad, podemos comprobar (ver gráfico 8, gráfico 9, tabla 5 y tabla 6) como, mientras que las consultas en atención primaria se van incrementando ya desde los 24 años (si bien el crecimiento es más relevante a partir de los 55), siendo el valor para los mayores de 75 años el más elevado entre la población adulta, en el caso de las consultas en atención especializada, éstas se reducen a partir de los 65 años, siendo más elevadas durante la edad laboral. En todo

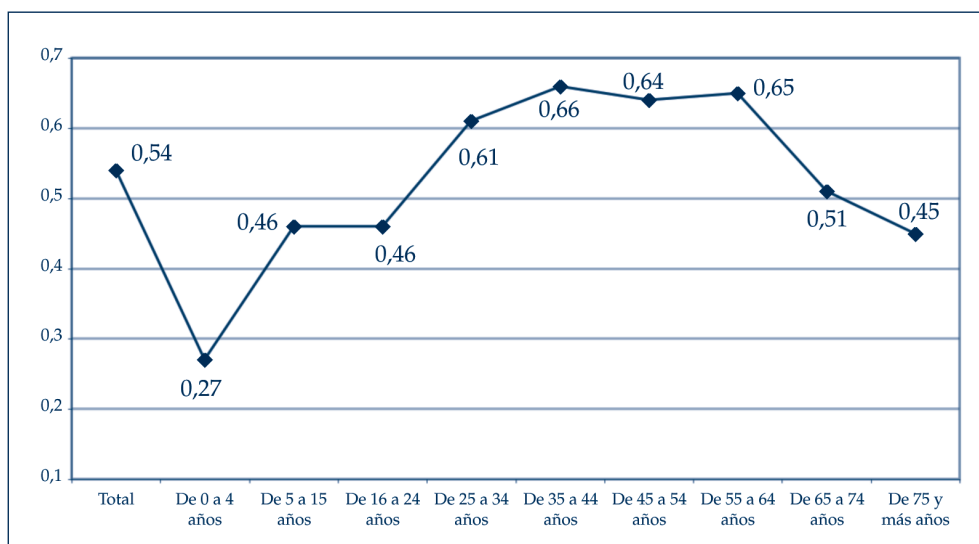
Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 8

Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 9

Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,15	1,15	1,14
De 0 a 4 años	1,4	1,45	1,35
De 5 a 15 años	1,04	1,01	1,07
De 16 a 24 años	1	0,95	1,04
De 25 a 34 años	1,03	1,06	1,01
De 35 a 44 años	1,08	1,08	1,07
De 45 a 54 años	1,13	1,04	1,18
De 55 a 64 años	1,21	1,27	1,17
De 65 a 74 años	1,18	1,1	1,23
De 75 y más años	1,26	1,33	1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 5

caso, cabe señalar que la frecuentación a consultas es claramente mayor en la atención primaria que en la especializada, de lo que puede deducirse que la población mayor de 65 años es usuaria en mayor número que el resto de los grupos de edad de las consultas médicas. Asimismo, cabe reseñar que los resultados en número medio de consultas por género, no ofrecen datos concluyentes ni muy diferentes entre hombres y mujeres.

Si vemos cómo se distribuyen las consultas médicas en función del lugar donde se han realizado (ver gráfico 10 y tabla 7), observamos que las personas mayores de 65 años realizan un mayor porcentaje de visitas al centro de salud que la media de la población (59,9 y 60,8%, respectivamente, para los comprendidos entre 65 y 74 años y los mayores de 75 años, frente a una media del 55,4%), siendo menor su frecuentación en consultas de médicos particulares o de sociedades (respecto al 11,65% del total de la población, para los mayores de 65 años no llega al 7,5%) y, siendo más similares a la media las visitas a centros de especialidades y a consultas externas. Asimismo, puede destacarse que las con-

Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	0,54	0,55	0,54
De 0 a 4 años	0,27	0,23	0,31
De 5 a 15 años	0,46	0,54	0,38
De 16 a 24 años	0,46	0,44	0,48
De 25 a 34 años	0,61	0,51	0,67
De 35 a 44 años	0,66	0,67	0,65
De 45 a 54 años	0,64	0,6	0,66
De 55 a 64 años	0,65	0,76	0,57
De 65 a 74 años	0,51	0,56	0,47
De 75 y más años	0,45	0,49	0,42

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 6



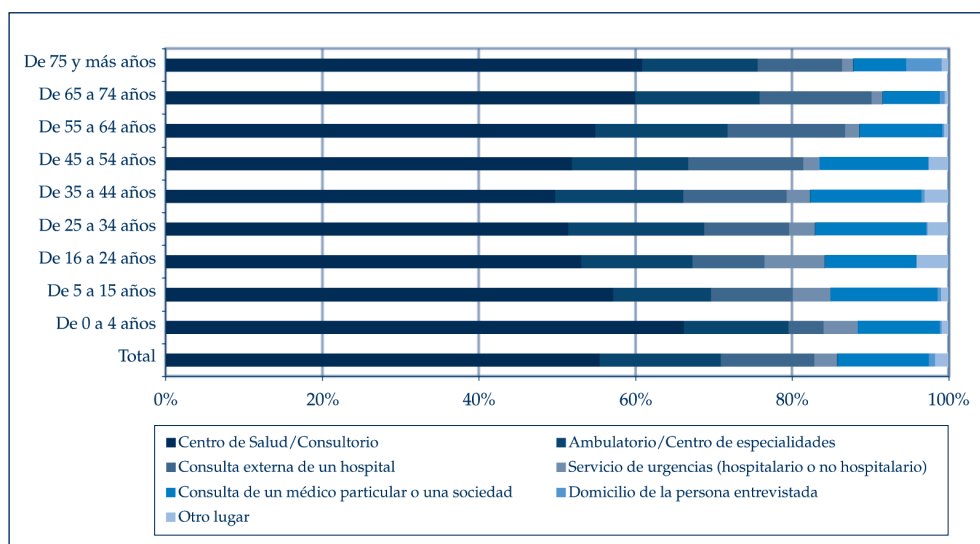
Lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas por grupo de edad y sexo.
Porcentajes. Año 2006

Edad	Centro de Salud/ Consultorio	Ambulatorio/ Centro de especialidades	Consulta externa de un hospital	Servicio de urgencias	Consulta de un médico particular o una sociedad	Domicilio de la persona entrevistada	Otro lugar
AMBOS SEXOS							
Total	55,4	15,41	12	2,92	11,65	0,81	1,8
De 0 a 4	63,46	12,84	4,35	4,15	14,09	0,21	0,9
De 5 a 15	57,13	12,45	10,5	4,77	13,66	0,46	1,03
De 16 a 24	52,99	14,26	9,19	7,72	11,66	0,01	4,16
De 25 a 34	51,38	17,39	10,8	3,3	14,2	0,21	2,72
De 35 a 44	49,71	16,36	13,17	3,01	14,25	0,38	3,12
De 45 a 54	51,82	14,85	14,74	1,99	13,92	0,1	2,58
De 55 a 64	54,81	16,93	14,97	1,81	10,64	0,22	0,62
De 65 a 74	59,9	15,93	14,28	1,38	7,36	0,61	0,54
De 75 y más años	60,79	14,81	10,7	1,44	6,79	4,56	0,91
VARONES							
Total	53,76	14,87	12,64	3,62	11,68	0,83	2,6
De 0 a 4	63,56	13	3,47	4,98	14,14	0,4	0,44
De 5 a 15	51,6	12,94	13,33	4,39	15,74	0,6	1,4
De 16 a 24	47,86	13,69	9,49	8,46	13,47	0,03	6,99
De 25 a 34	54,45	17,26	7,17	4,45	12,39	0,07	4,2
De 35 a 44	48,66	13,32	13,03	4,56	14,75	0,3	5,37
De 45 a 54	51,26	12,96	15,88	3,3	12,4	0,13	4,06
De 55 a 64	50,57	18,39	17,49	1,93	10,76	0,2	0,66
De 65 a 74	57,25	15,09	17,05	1,43	8,06	0,61	0,51
De 75 y más años	59,17	15,39	12,54	1,71	5,62	4,76	0,81
MUJERES							
Total	56,63	15,81	11,53	2,4	11,63	0,8	1,2
De 0 a 4	63,34	12,67	5,27	3,28	14,04	0	1,4
De 5 a 15	62,7	11,95	7,66	5,16	11,56	0,32	0,65
De 16 a 24	56,71	14,67	8,97	7,18	10,36	0	2,12
De 25 a 34	49,28	17,48	13,28	2,51	15,43	0,31	1,7
De 35 a 44	50,49	18,65	13,28	1,83	13,87	0,45	1,42
De 45 a 54	52,17	16,07	14,01	1,16	14,88	0,08	1,63
De 55 a 64	58,01	15,82	13,07	1,71	10,55	0,24	0,59
De 65 a 74	61,71	16,5	12,39	1,35	6,88	0,61	0,56
De 75 y más años	61,96	14,4	9,36	1,24	7,63	4,42	0,99

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

sultas a servicios de urgencias para estos grupos de edad están por debajo de la media (estando en torno al 1,4%, frente al 2,92% de media para el conjunto de la población), mientras que la atención domiciliaria está muy por encima de la media, sobre todo a partir de los 75 años (4,56% del total de las consultas para este grupo de edad, mientras que para el conjunto de la población se queda en el 0,81%), debido a la menor movilidad que presenta este grupo de edad. En términos de la distribución por sexos, no parecen existir diferencias demasiado relevantes entre varones y mujeres, si bien, respecto al total de las visitas, las mujeres tienden a frecuentar menos las consultas externas de hospital y más los centros de salud, en términos relativos.

Lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 10

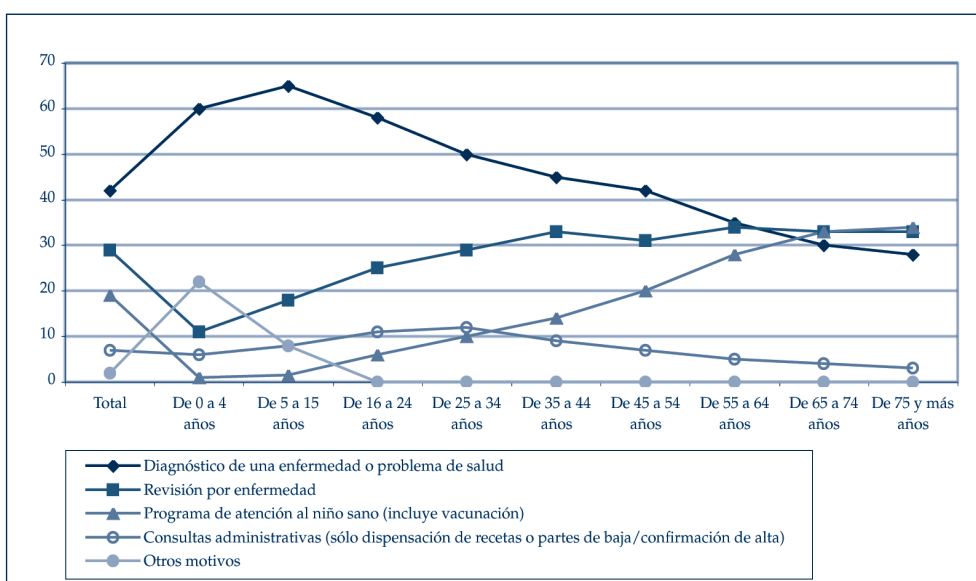
Si atendemos al motivo por el que se ha acudido a consulta por grupo de edad (ver gráfico 11) se comprueba como el porcentaje de consulta motivadas por el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud va decayendo con la edad, de modo que para los grupos de entre 65 y 74 años, y de más de 75 años, supone el 29,4 y el 28%, respectivamente, frente a una media para la población en general del 43,1%. Sin embargo, las consultas por revisión de enfermedad sí se acrecientan con la edad, si bien desde los 35 años la cifra permanece bastante estable en torno al 33%, no apreciándose diferencias significativas por los dos grupos englobados en los mayores de 65 años. Lo que sí se incrementa con la edad son las consultas administrativas (para los mayores de 65 años, debidas en su práctica totalidad a la dispensación de recetas, lo que nos adelanta el elevado consumo farmacéutico de este grupo de edad), llegando para los grupos de entre 65 y 74 años, y de más de 75 años al 33,1 y el 34,5%, respectivamente, respecto a una media para la población en general del 18,6% (aquí hay que tener presente



que en este concepto también se incluyen las visitas por bajas laborales, que son nulas en los tramos de edad iniciales, por lo que el dato para la población en su conjunto debe tomarse con precaución).

En el caso de las personas que manifiestan haber realizado alguna consulta de enfermería recientemente (en las 4 últimas semanas), de nuevo se observa (ver gráfico 12) como el grupo de mayores de 65 años realiza este tipo de visitas con mucha mayor frecuencia que el resto de los grupos y que el conjunto de la

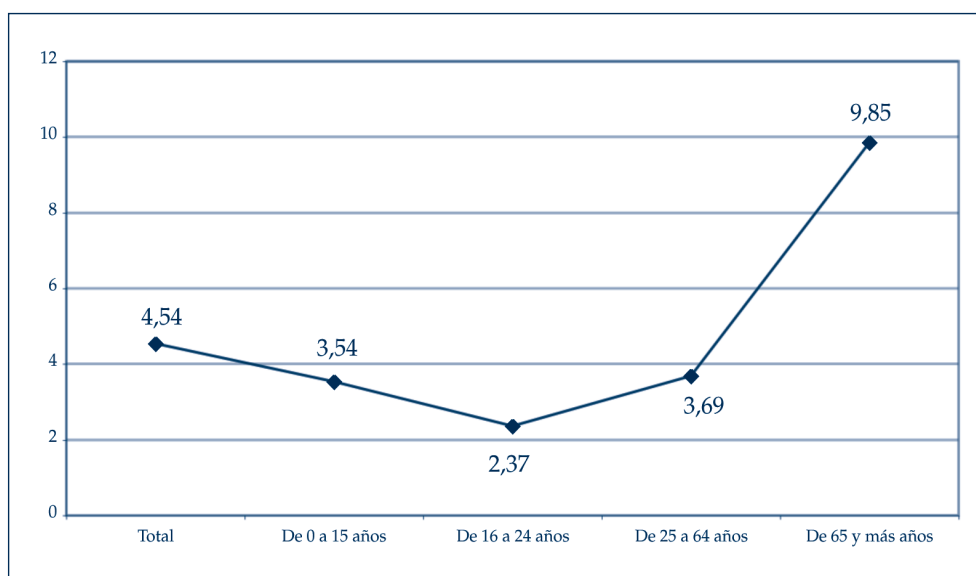
Motivo de la última consulta médica en las últimas 4 semanas según grupo de edad. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 11

Consulta de enfermería en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 12

población en su conjunto; para los mayores de 65 años, el 9,85% manifiesta haber realizado este tipo de actividad, frente a menos de la mitad de ese porcentaje para la población total (el 4,54%).

Pasando al estudio de la demanda de atención hospitalaria por parte de los mayores de 65 años, vamos a comenzar comentando el porcentaje de población por tramos de edad que han estado hospitalizados en los últimos 12 meses (ver

Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006

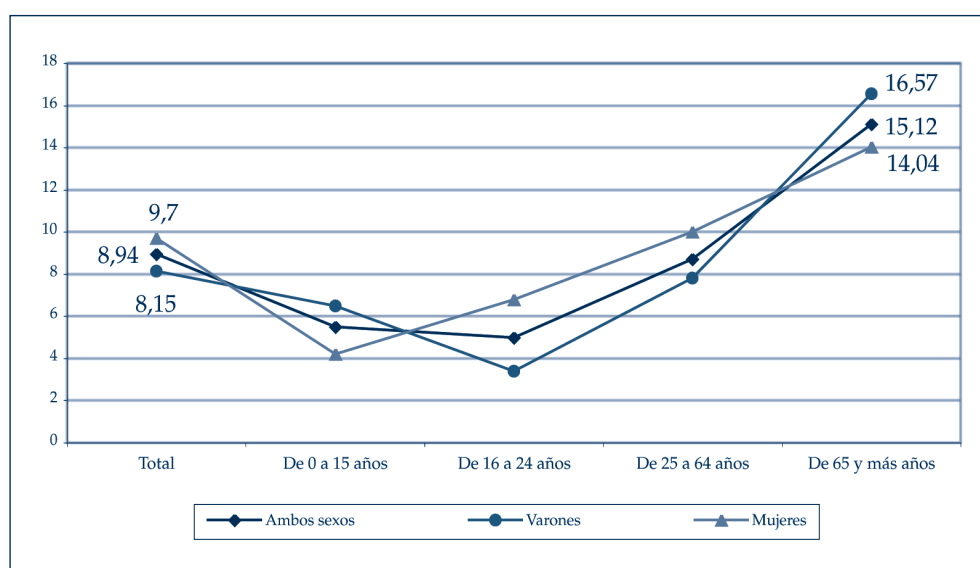


Gráfico 13

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad

	ENS 2006			EES 2009		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	8,94	8,15	9,7	9,17	8,25	10,06
De 0 a 15 años	5,41	6,46	4,29	5,18	4,23	6,18
De 16 a 24 años	5,02	3,29	6,83	7,39	4,56	10,38
De 25 a 64 años	8,85	7,5	10,23	7,30	7,86	6,75
De 65 y más años	15,12	16,57	14,04	17,95	20,70	15,88

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Nota: Los datos proceden, bien de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, bien de la Encuesta Europea de Salud del año 2009. Los datos de esta última son provisionales y no incluyen a las personas que han respondido no sabe/no contesta. Si bien los datos no son, por tanto, estrictamente comparables, se ofrecen porque muestran las mismas tendencias que los de la ENS.

Tabla 8

Altas hospitalarias por 100.000 habitantes según el grupo de edad y el sexo. Año 2006

	Total	de 15 a 24 años	de 25 a 34 años	de 35 a 44 años	de 45 a 54 años	de 55 a 64 años	de 65 a 74 años	de 75 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 a 94 años	de 95 años y más
Ambos sexos	10.559	5.245	8.749	7.417	7.565	11.906	18.470	27.872	36.154	39.686	39.795
Varones	9.874	3.822	3.886	5.305	8.116	14.223	22.765	34.649	43.013	46.760	44.842
Mujeres	11.227	6.740	13.955	9.630	7.018	9.722	14.785	23.160	32.612	36.953	38.154

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 9

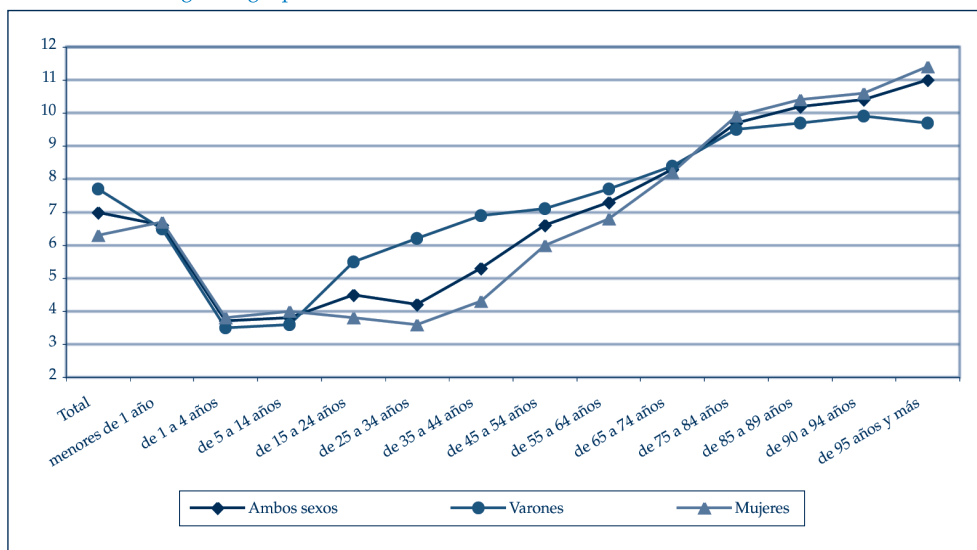


gráfico 13 y tabla 8), en el que podemos comprobar cómo las personas de 65 o más años son el grupo de edad que más responde de forma afirmativa a la pregunta de si se ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses, con un 15,1% de la población que lo ha estado, porcentaje que es mayor para el caso de los varones que para el de las mujeres, como se puede comprobar en dicho gráfico. Estas tendencias con diferentes valores (los datos no son directamente comparables) se repiten si observamos los datos más recientes de los que disponemos, que son los de la Encuesta Europea de Salud para el año 2009.

Estos datos se refuerzan con los que muestra la tabla 9, ya que el número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes muestra una clara tendencia creciente con la edad (esto no se cumple para los datos infantiles, que no se ven en la tabla), ya desde los 55 años, acentuándose la tendencia a partir de los 75 años. En todo caso, todos los grupos de edad por encima de los 65 años muestran tasas hospitalarias claramente superiores a las de la media de la población, lo que indica una mayor frecuencia de utilización de los recursos hospitalarios que la población en general. Se observa asimismo que el número de altas entre los varones para los grupos de edad objeto de estudio es claramente superior al de las mujeres.

Si en lugar de atender a la frecuencia de utilización de los hospitales por parte de la población mayor de 65 años (que, como hemos comprobado es claramente superior a la media), atendemos a la intensidad de utilización de estos recursos, comprobamos de nuevo que las estancias en los hospitales de este grupo de edad son mayores que en la población en general. Para ello, podemos usar los datos de estancia media que podemos ver en el gráfico 14, en los que se observa que, exceptuando el período de la infancia, la estancia media muestra una clara

Estancia media según el grupo de edad. Año 2006



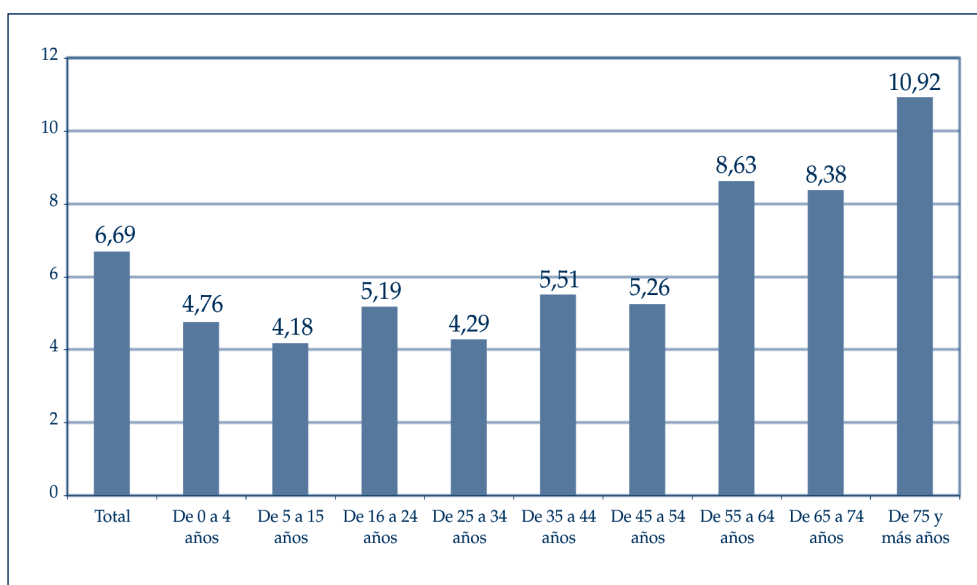
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

tendencia ascendente con la edad, siendo de 8,37 días para el grupo comprendido entre los 65 y los 74 años, y llegando a los 10,95 días para los mayores de 95 años. Por otra parte se observa que hasta los 75 años la estancia media de los varones es superior a la de las mujeres, pasando a cambiar esto a partir de dicha edad. En el gráfico 15 se muestra la duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses, mostrando datos en consonancia con los que acabamos de presentar, ya que se aprecia una tendencia creciente en dicha duración conforme mayor es la edad del grupo considerado, llegando a los 10,92 días en los mayores de 75 años.

A continuación vamos a estudiar la utilización de los servicios de urgencias que hacen los mayores, para lo que vamos a empezar analizando qué parte del total de los ingresos hospitalarios se hacen a través del servicio de urgencias (el resto se hace a través de ingresos programados), para lo que podemos observar los datos que nos ofrece la tabla 10. En este caso, los datos presentan una mayor variabilidad, si bien es cierto que para el grupo de mayores de 75 años se observa con claridad como la mayor parte de los ingresos se hacen a través de urgencias (el 72,8%), siendo el dato ligeramente más alto para las mujeres (74,5%) que para los hombres (70,9%), de manera que los mayores de 75 años realizan una parte muy significativa de sus ingresos hospitalarios con motivo de urgencias.

Si analizamos los datos de frecuentación de los servicios de urgencias por grupos de edad, observamos en la tabla 11, resultados bastante similares para los distintos grupos de población de edad adulta, mostrando para las personas mayo-

Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



Porcentaje de los ingresos hospitalarios realizados a través del servicio de urgencias. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	57,83	56,03	59,28
De 25 a 34 años	65,31	60,13	67,42
De 35 a 44 años	59,34	53,59	63,61
De 45 a 54 años	42,07	43,85	40,31
De 55 a 64 años	38,14	45,12	29,33
De 65 a 74 años	50,14	53,42	47,14
De 75 y más años	72,85	70,89	74,53

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 10

Número medio de asistencias recibidas del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,8	1,66	1,92
De 0 a 4 años	2,25	2,32	2,17
De 5 a 15 años	1,83	1,8	1,86
De 16 a 24 años	1,74	1,42	2,04
De 25 a 34 años	1,88	1,54	2,16
De 35 a 44 años	1,69	1,56	1,83
De 45 a 54 años	1,74	1,64	1,83
De 55 a 64 años	1,67	1,69	1,64
De 65 a 74 años	1,71	1,57	1,81
De 75 y más años	1,67	1,7	1,65

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 11

res de 65 años resultados algo inferiores a la media (que, en todo caso, hay que tomar con cautela, dado que el único grupo de población que se distancia mucho de la media es el de los menores de 4 años). Sí es más significativo el análisis en función del sexo, pues en los varones sí se observa a partir de los 75 años una mayor media de asistencias prestadas a través de los servicios de urgencias, mientras que entre las mujeres se presenta el caso contrario, con menor número medio de asistencias a partir de los 75 años.

Pasando a la utilización de pruebas diagnósticas en función del segmento de edad que estemos considerando, en el caso de las pruebas no urgentes sí que se observa (ver tabla 13) una tendencia creciente con la edad en la realización de estas pruebas, de manera que, en los mayores de 65 años, el 22,38% de la población se ha hecho alguna prueba de este tipo en las últimas 4 semanas, frente a la media del 15,42% para el conjunto de la población. Por su parte, en la tabla 14 se puede observar como la realización de pruebas de imagen (radiografías, tomografías axiales computarizadas, resonancias magnéticas y ecografías) es menor

Porcentaje de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	30,76	29,63	31,87
De 0 a 15 años	37,53	38,57	36,42
De 16 a 24 años	36,36	33,92	38,93
De 25 a 64 años	28,21	26,57	29,87
De 65 y más años	29,71	28,75	30,41

Tabla 12 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Realización de pruebas no urgentes en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	15,42	13,86	16,95
De 0 a 15 años	6,5	7,69	5,23
De 16 a 24 años	10,72	9,34	12,17
De 25 a 64 años	16,71	14,14	19,32
De 65 y más años	22,38	23,17	21,79

Tabla 13 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tipo de prueba no urgente realizada en las últimas 4 semanas por grupo de edad en porcentaje de la población a la que se le ha realizado alguna prueba. Año 2006

	Radiografía	TAC y RM	Ecografía	Análisis	Otras
Total	31,70%	8,11%	14,67%	64,97%	12,92%
De 0 a 4 años	28,26%	2,03%	11,09%	52,32%	18,48%
De 5 a 15 años	52,08%	5,13%	7,22%	49,26%	8,47%
De 16 a 24 años	37,30%	4,84%	11,33%	59,50%	5,10%
De 25 a 34 años	25,02%	6,85%	24,48%	63,19%	8,75%
De 35 a 44 años	31,41%	8,25%	17,64%	64,24%	12,15%
De 45 a 54 años	30,33%	9,89%	14,51%	61,49%	16,30%
De 55 a 64 años	34,36%	10,56%	13,19%	65,24%	16,56%
De 65 a 74 años	30,98%	10,01%	10,69%	72,51%	15,06%
De 75 y más años	29,79%	6,37%	8,40%	76,87%	14,31%

Tabla 14 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

en los grupos de mayor edad (a partir de los 65 años) que para la media de la población, especialmente en el caso de las ecografías y con mayor relevancia para los mayores de 75 años. Sin embargo, en el caso de los análisis y del resto de las pruebas, esta tendencia se invierte, pues son los mayores de 65 años quienes mayor uso hacen de las mismas, sobre todo al considerar los análisis, que se les realizan al 76,9% de los individuos mayores de 75 años a quienes se le realizan pruebas, llegando al 72,5% para el grupo comprendido entre los 65 y los 74



años, en ambos casos claramente por encima de la media, que es del 65%.

En la tabla 15 se muestran resultados más específicos para dos pruebas diagnósticas relativamente frecuentes, que en numerosas ocasiones se realizan con motivos de seguimiento de pacientes en atención primaria. Aquí se observa que, en el caso de pruebas diagnósticas relativamente sencillas de realizar (como vimos de hecho que sucedía anteriormente con los análisis), sí se observa como las personas mayores de 65 años se realizan este tipo de pruebas con mayor frecuencia, algo que puede comprobarse tanto con los datos de toma de tensión como con los de medición de colesterol: en el primer caso, el 88,6% de los individuos de este grupo de edad se han tomado la tensión en el último año, mientras que en el caso del nivel de colesterol esta cifra asciende al 82,1%. Por otra parte, para ambos tipos de pruebas, las mujeres tienen porcentajes de realización de dichas pruebas en el último año mayores que los varones.

La última gran área de consumo de recursos sanitarios es el del consumo de medicamentos, donde existe una clara relación positiva entre el grupo de edad que consideremos y el consumo de fármacos. El primer aspecto que vamos a estudiar es el del número de personas que han consumido algún tipo de medicamentos en las dos últimas semanas, para lo que vamos a utilizar la tabla 16 y el gráfico 16. En ellos se puede comprobar dicha relación positiva entre edad y consumo de medicamentos, pues en el grupo de mayores de 65 años el 91,6% de los individuos han consumido medicamentos recientemente, muy por encima de la media de consumo para el conjunto de la población, que está en el 62,2% y del resto de los grupos de edad (el siguiente es el de los adultos comprendidos entre 25 y 64 años, y está en el 62,5%). Por otra parte, a diferencia de lo que pasa con las citas en consulta médica (más habituales en media entre los varones que entre las mujeres), el consumo de fármacos es mayor entre las mujeres que entre los hombres, atendiendo a la variable objeto de análisis.

Otro aspecto que se puede estudiar con las estadísticas disponibles es del porcentaje de la población que se automedica (consume medicamentos sin receta médica) según el grupo de edad al que pertenezcan, para lo que puede consultarse la tabla 17. En ella se comprueba que el porcentaje de automedicación de los grupos de personas mayores de 65 años es claramente inferior al del resto de la población (con la excepción de la infancia), siendo del 8,72% para el grupo entre 65 y 74 años, y todavía más bajo para los mayores de 75 años (el 7,64%). La razón de ello estriba en la menor renta de estos grupos de edad y, sobre todo, en la gratuidad de las prestaciones farmacéuticas para los jubilados. Por otra parte, existe una tendencia general a que las mujeres se automediquen más que los varones, tendencia que se mantiene en los mayores de 65 años.

Utilización de recursos sanitarios por edad y sexo en la EES 2009.

Una vez finalizado el análisis de la utilización de recursos sanitarios a partir de los datos de la ENS de 2006 pasamos a comparar estos resultados con los obte-

Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial y desde la última medición de colesterol, según sexo y grupo de edad. Año 2006

Toma tensión						
		Total	En los últimos 12 meses	Hace más de 1 año pero no más de 3 años	Hace más de 5 años	Nunca
Ambos sexos	Total	100,00	68,50	21,95	2,81	6,75
	De 16 a 24 años	100,00	43,05	31,20	4,72	21,03
	De 25 a 44 años	100,00	62,67	27,09	2,98	7,26
	De 45 a 64 años	100,00	73,05	20,06	3,09	3,80
	De 65 y más años	100,00	88,55	8,93	0,88	1,64
Varones	Total	100,00	67,53	22,00	2,95	7,52
	De 16 a 24 años	100,00	45,53	27,10	5,48	21,89
	De 25 a 44 años	100,00	62,15	26,83	2,84	8,17
	De 45 a 64 años	100,00	73,14	19,69	3,17	3,99
	De 65 y más años	100,00	86,35	10,73	1,06	1,87
Mujeres	Total	100,00	69,43	21,90	2,66	6,01
	De 16 a 24 años	100,00	40,47	35,47	3,93	20,14
	De 25 a 44 años	100,00	63,21	27,36	3,13	6,30
	De 45 a 64 años	100,00	72,96	20,42	3,01	3,61
	De 65 y más años	100,00	90,20	7,57	0,76	1,47
Medición Colesterol						
	Total	100,00	67,49	21,52	2,19	8,80
Ambos sexos	De 16 a 24 años	100,00	44,96	25,27	3,80	25,96
	De 25 a 44 años	100,00	63,41	25,66	2,02	8,91
	De 45 a 64 años	100,00	71,99	20,25	2,38	5,38
	De 65 y más años	100,00	82,13	12,92	1,29	3,66
Varones	Total	100,00	66,29	21,82	2,40	9,50
	De 16 a 24 años	100,00	43,58	25,38	4,68	26,36
	De 25 a 44 años	100,00	62,84	25,16	1,96	10,05
	De 45 a 64 años	100,00	71,90	20,45	2,56	5,10
	De 65 y más años	100,00	80,65	13,72	1,57	4,05
Mujeres	Total	100,00	68,65	21,23	1,99	8,14
	De 16 a 24 años	100,00	46,39	25,16	2,89	25,55
	De 25 a 44 años	100,00	64,01	26,19	2,07	7,72
	De 45 a 64 años	100,00	72,08	20,05	2,21	5,65
	De 65 y más años	100,00	83,25	12,32	1,07	3,36

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



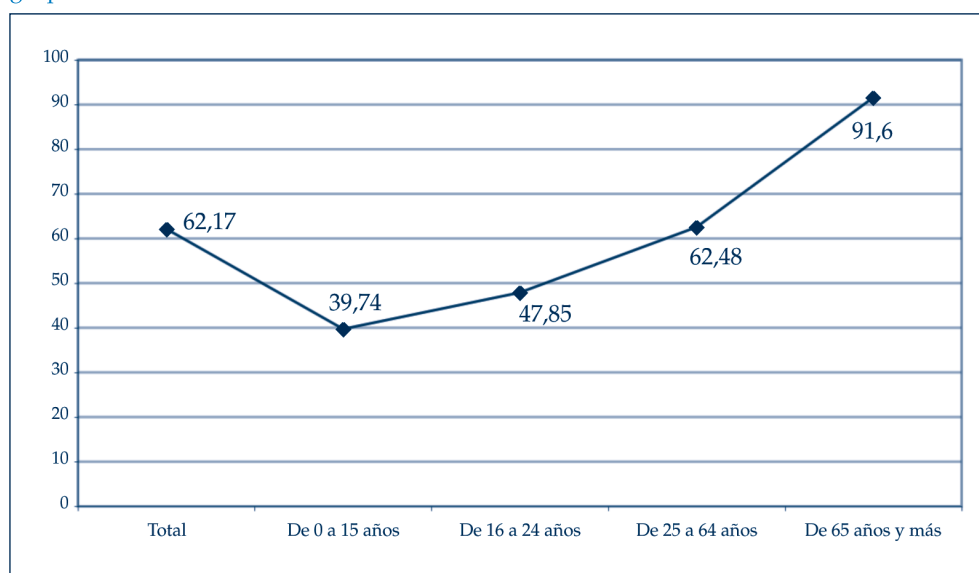
Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. ENS 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	62,17	54,96	69,19
De 0 a 15 años	39,74	38,55	40,99
De 16 a 24 años	47,85	39,41	56,71
De 25 a 64 años	62,48	54,32	70,76
De 65 y más años	91,6	88,46	93,93

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 16

Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Ambos sexos. Año 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 16

Porcentaje de personas que se automedican frente al total que consume medicinas por sexo y grupo de edad. Año 2006

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	14,35	13,17	15,5
De 0 a 4 años	4,57	4,27	4,87
De 5 a 15 años	8,01	7,16	8,92
De 16 a 24 años	19,82	18,64	21,06
De 25 a 34 años	20,3	18,57	22,16
De 35 a 44 años	18,18	17,06	19,35
De 45 a 54 años	15,85	13,62	18,06
De 55 a 64 años	11,79	10,02	13,45
De 65 a 74 años	8,72	8,11	9,19
De 75 y más años	7,64	6,19	8,68

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 17

nidos a partir de la EES de 2009. Al igual que sucedía en el caso de la ENS se comprueba que buena parte del uso de recursos sanitarios (ya sea en consultas, hospitalizaciones o consumo farmacéutico) se concentra en los grupos de mayor edad, lo que de nuevo puede deberse en parte al hecho ya comentado de que el uso de recursos sanitarios se intensifica en los momentos previos a la muerte, pero sin olvidar el propio impacto que el envejecimiento de la población supone sobre el uso de estos recursos.

Comenzamos con el análisis del tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia por grupo de edad y del tiempo transcurrido desde la última consulta al especialista por grupo de edad (ver tabla 18 y tabla 19, gráfico 17 y 18).

Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia o general según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2009

	4 semanas o menos	Entre 4 semanas y 12 meses	12 meses o más	Nunca ha consultado al médico
AMBOS SEXOS				
Total	28,54	47,78	22,74	0,95
De 16 a 24 años	16,34	53,22	29,79	0,65
De 25 a 34 años	19,02	49,62	29,82	1,53
De 35 a 44 años	21,16	48,74	28,79	1,31
De 45 a 54 años	27,19	46,33	25,25	1,24
De 55 a 64 años	34,71	48,67	16,08	0,54
De 65 a 74 años	46,97	43,94	8,87	0,22
De 75 y más años	52,32	40,90	6,62	0,16
VARONES				
Total	23,17	47,13	28,44	1,26
De 16 a 24 años	13,40	50,02	35,39	1,18
De 25 a 34 años	12,51	47,94	37,89	1,66
De 35 a 44 años	16,50	46,09	36,06	1,35
De 45 a 54 años	21,01	46,95	30,09	1,93
De 55 a 64 años	31,32	48,50	19,19	0,99
De 65 a 74 años	42,36	47,52	9,88	0,24
De 75 y más años	51,86	41,11	6,67	0,35
MUJERES				
Total	33,70	48,40	17,27	0,64
De 16 a 24 años	19,40	56,58	23,92	0,10
De 25 a 34 años	25,93	51,40	21,27	1,40
De 35 a 44 años	26,04	51,50	21,18	1,27
De 45 a 54 años	33,31	45,71	20,44	0,55
De 55 a 64 años	37,90	48,84	13,14	0,12
De 65 a 74 años	50,89	40,89	8,02	0,19
De 75 y más años	52,61	40,76	6,59	0,04

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



Tiempo transcurrido desde la última consulta al especialista según sexo y grupo de edad.
Porcentajes para el año 2009

	4 semanas o menos	Entre 4 semanas y 12 meses	12 meses o más	Nunca ha consultado al médico	No consta
AMBOS SEXOS					
Total	11,78	41,05	39,83	6,95	0,39
De 16 a 24 años	8,36	32,80	42,47	15,85	0,52
De 25 a 34 años	10,95	36,51	41,66	10,73	0,15
De 35 a 44 años	10,75	37,92	44,48	6,53	0,31
De 45 a 54 años	11,75	41,55	40,77	5,44	0,49
De 55 a 64 años	13,44	45,90	37,02	3,27	0,37
De 65 a 74 años	15,65	49,45	32,18	2,36	0,36
De 75 y más años	13,52	50,42	33,50	1,84	0,72
VARONES					
Total	9,14	36,20	44,95	9,32	0,39
De 16 a 24 años	6,45	30,12	45,93	17,27	0,22
De 25 a 34 años	5,98	28,82	50,62	14,44	0,16
De 35 a 44 años	7,74	31,65	50,71	9,64	0,26
De 45 a 54 años	8,88	35,82	46,58	8,01	0,72
De 55 a 64 años	12,27	40,80	41,90	4,41	0,62
De 65 a 74 años	15,30	49,54	32,33	2,48	0,36
De 75 y más años	13,32	54,17	30,08	1,97	0,48
MUJERES					
Total	14,32	45,71	34,91	4,67	0,39
De 16 a 24 años	10,35	35,61	38,85	14,36	0,84
De 25 a 34 años	16,22	44,66	32,17	6,80	0,15
De 35 a 44 años	13,91	44,49	37,96	3,28	0,36
De 45 a 54 años	14,59	47,25	35,01	2,89	0,26
De 55 a 64 años	14,54	50,72	32,41	2,20	0,13
De 65 a 74 años	15,95	49,38	32,05	2,27	0,36
De 75 y más años	13,66	47,95	35,75	1,75	0,89

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 19

Tal como podemos apreciar a mayor edad menor es el tiempo desde la última cita, tanto si es al especialista como si es al de familia. Por otro lado, las mujeres, independientemente de la edad, acuden con más frecuencia que los hombres tanto al médico de familia como al especialista.

Si analizamos el número medio de consultas en las últimas 4 semanas, podemos comprobar (ver gráfico 19, gráfico 20, tabla 20 y tabla 21) como, en las consultas en atención primaria es constante desde los 25 hasta las 74 años, siendo el valor desde 16 a los 24 el más pequeño y los mayores de 75 años el más elevado. Por su parte, en el caso de las consultas en atención especializada, éstas se reducen a partir de los 65 años, siendo más elevadas durante la edad laboral. En todo caso, cabe señalar que el número medio de consultas es mayor en la

Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia o general por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009

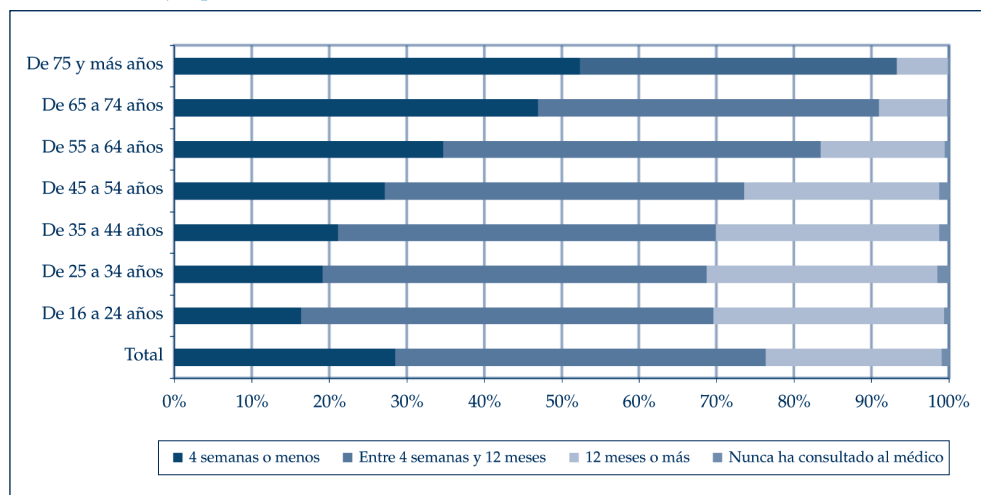


Gráfico 17

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tiempo transcurrido desde la última consulta al especialista por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009

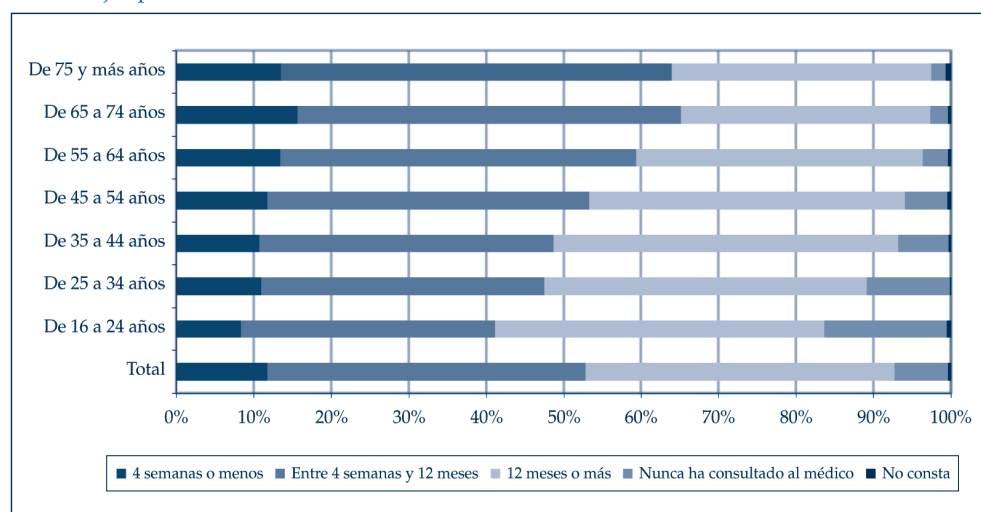


Gráfico 18

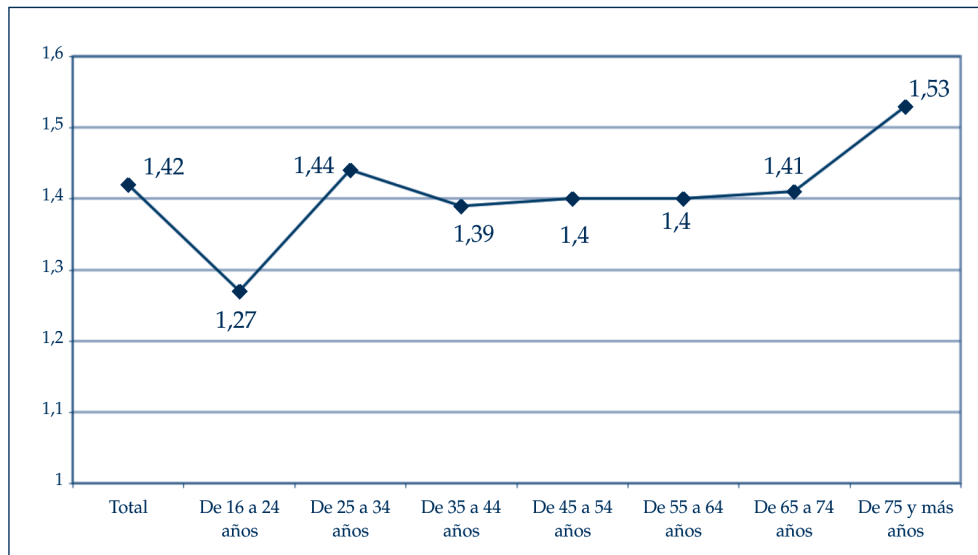
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

atención primaria que en la especializada. Asimismo, cabe reseñar que el número medio de consultas realizadas en atención primaria por hombres y mujeres es similar, mientras que en el caso de la atención especializada es mayor en hombres que en mujeres.

Si vemos cómo se distribuyen las consultas médicas a un especialista en función del lugar donde se han realizado (ver gráfico 21 y tabla 22), observamos que las personas mayores de 55 años realizan un mayor porcentaje de visitas a las consultas externas de un hospital o centro de salud que la media de la población (79,12%, 75,64 y 80,54%, respectivamente, para los comprendidos entre 55 y 64 años, 65 y 74 años y los mayores de 75 años, frente a una media del



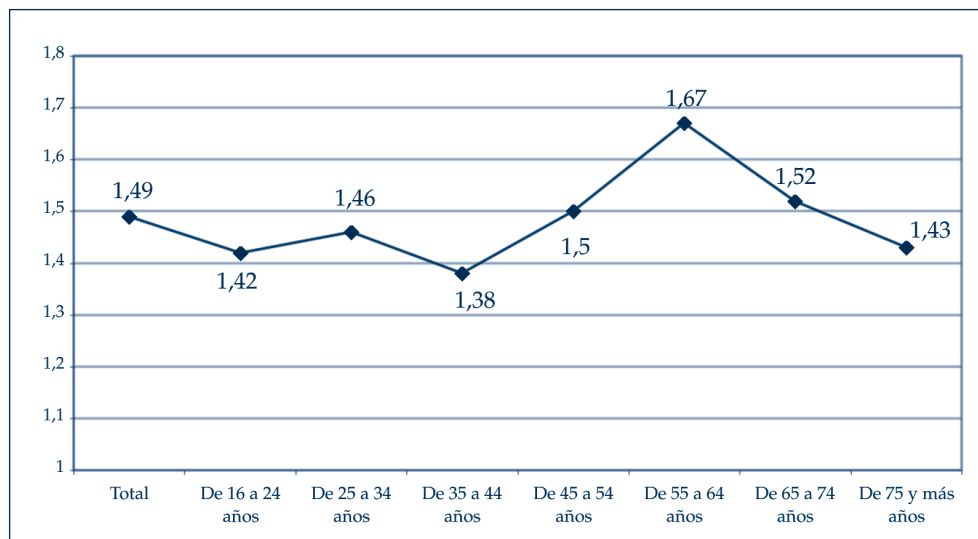
Número medio de consultas al médico de familia o general en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 19

Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 20

70,69%), siendo menor su frecuentación en consultas de médicos particulares o de sociedades (respecto al 22,84% del total de la población, para los mayores de 75 años no llega al 12%). Asimismo, puede destacarse que las consultas a servicios de urgencias para este grupo de edad están por encima de la media (siendo de 6,19%, frente al 3,59% de media para el conjunto de la población). En términos de la distribución por sexos, únicamente existen en las consultas al médico de una sociedad o particular, 14,43% de las mujeres frente al 8,14% de los hombres.

Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,42	1,41	1,42
De 16 a 24 años	1,27	1,34	1,22
De 25 a 34 años	1,44	1,38	1,47
De 35 a 44 años	1,39	1,33	1,42
De 45 a 54 años	1,4	1,41	1,39
De 55 a 64 años	1,4	1,4	1,39
De 65 a 74 años	1,41	1,31	1,48
De 75 y más años	1,53	1,63	1,47

Tabla 20

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,49	1,51	1,47
De 16 a 24 años	1,42	1,48	1,38
De 25 a 34 años	1,46	1,37	1,49
De 35 a 44 años	1,38	1,38	1,38
De 45 a 54 años	1,5	1,53	1,49
De 55 a 64 años	1,67	1,71	1,65
De 65 a 74 años	1,52	1,47	1,55
De 75 y más años	1,43	1,66	1,29

Tabla 21

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Lugar de la última consulta médica a un especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2009

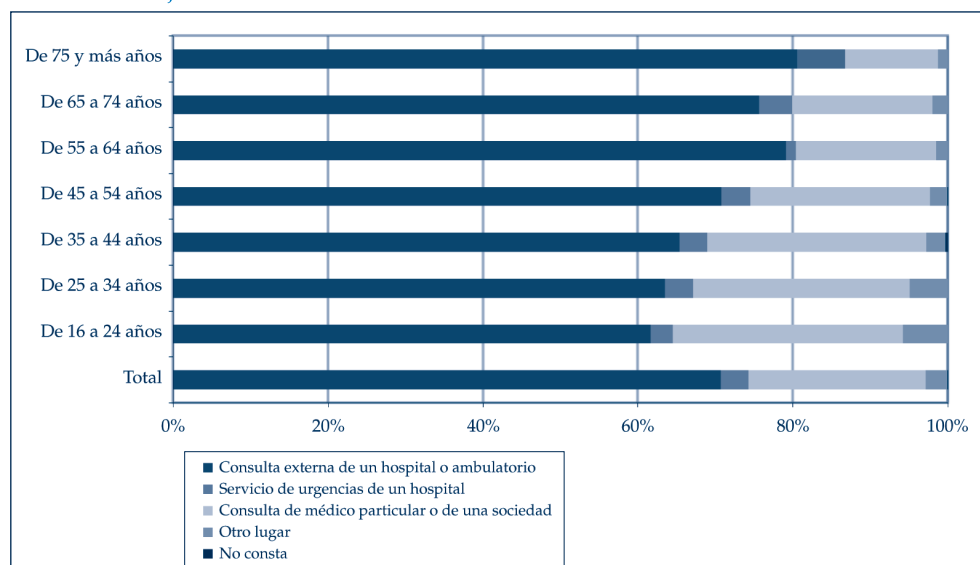
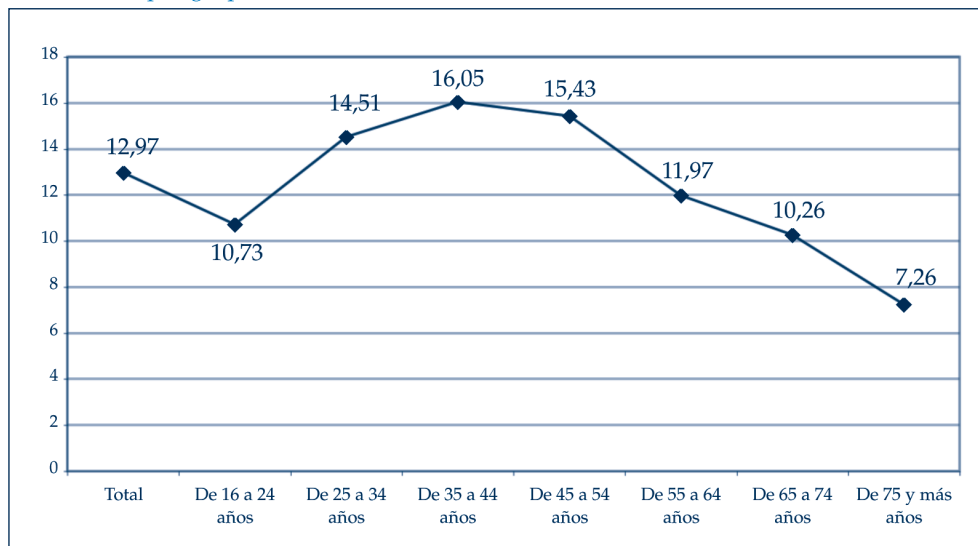


Gráfico 21

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



Porcentaje de inaccesibilidad a consulta especializada en los últimos 12 meses, al menos en una ocasión, por grupo de edad. Año 2009

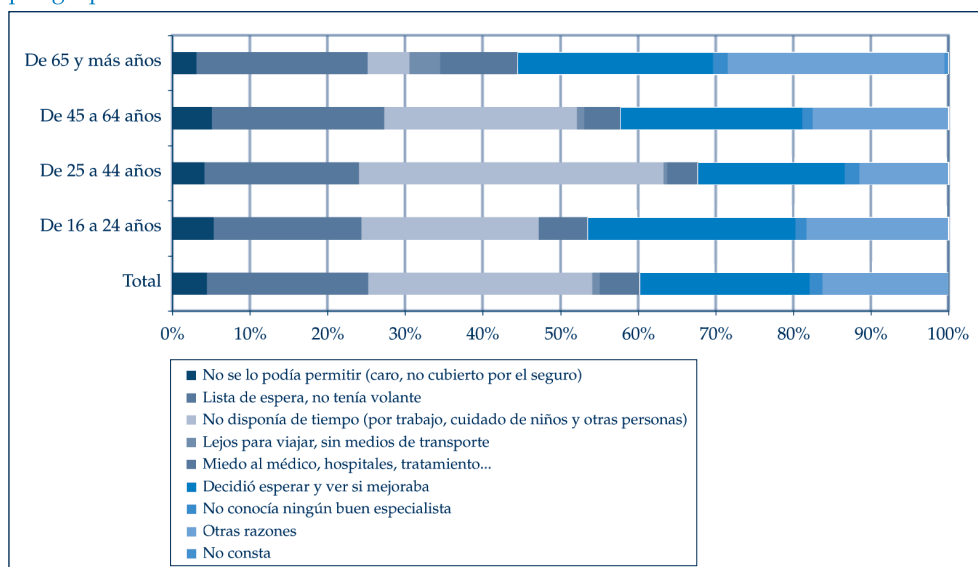


Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 22

Los motivos principales para no haber consultado al especialista en los últimos 12 meses (ver gráfico 23 y tabla 23) son, principalmente, “lista de espera, no tener volante”, “no disponer de tiempo (por trabajo, cuidado de niños u otras personas)” y “decidir esperar y ver si mejora” con un 20,78%, 28,89% y 21,84%, respectivamente. Sin embargo, a partir de los 65 años, los motivos más frecuentes son “estar en lista de espera o no tener volante”, “haber decidido esperar y ver si mejoraba”, “miedo al médico, hospitales, tratamiento, ...” y otro tipo de motivos. Evidentemente, la situación de inactividad laboral y el coste de opor-

Motivo principal para no consultar al especialista cuando lo necesita en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 23

Lugar de la última consulta médica a un especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad y sexo. Porcentajes. Año 2009

	Consulta externa de un hospital o ambulatorio	Servicio de urgencias de un hospital	Consulta de médico particular o de una sociedad	Otro lugar	No consta
AMBOS SEXOS					
Total	70,69	3,59	22,84	2,81	0,07
De 16 a 24 años	61,61	2,87	29,72	5,80	0,00
De 25 a 34 años	63,49	3,60	28,02	4,89	0,00
De 35 a 44 años	65,33	3,60	28,27	2,49	0,30
De 45 a 54 años	70,80	3,69	23,19	2,21	0,11
De 55 a 64 años	79,12	1,29	18,11	1,48	0,00
De 65 a 74 años	75,64	4,21	18,11	2,02	0,00
De 75 y más años	80,54	6,19	11,97	1,30	0,00
VARONES					
Total	69,42	3,49	22,80	4,09	0,19
De 16 a 24 años	54,86	2,38	35,62	7,07	0,00
De 25 a 34 años	56,33	3,23	33,12	7,29	0,00
De 35 a 44 años	64,52	5,96	22,76	5,90	0,83
De 45 a 54 años	67,14	3,15	27,27	2,16	0,28
De 55 a 64 años	80,26	1,12	16,80	1,86	0,00
De 65 a 74 años	74,51	2,63	19,82	3,04	0,00
De 75 y más años	82,91	6,03	8,14	2,86	0,00
MUJERES					
Total	71,47	3,64	22,87	2,02	0,00
De 16 a 24 años	66,02	3,19	25,82	4,97	0,00
De 25 a 34 años	66,27	3,73	26,04	3,96	0,00
De 35 a 44 años	65,80	2,24	31,48	0,50	0,00
De 45 a 54 años	72,99	4,02	20,75	2,24	0,00
De 55 a 64 años	78,24	1,43	19,16	1,18	0,00
De 65 a 74 años	76,59	5,47	16,75	1,19	0,00
De 75 y más años	78,95	6,29	14,43	0,29	0,00

Tabla 22 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

tunidad que supone acudir al médico en la persona activa se reflejan en las diferencias existentes entre las personas mayores de 65 años y las que están entre 16 y 64 años. Por otra parte, señalar que entre sexos no se observan grandes diferencias.

Si observamos las visitas a otros profesionales sanitarios en los últimos 12 meses (ver gráfico 24), vemos que tanto la asistencia a laboratorios de análisis y/o centros de radiología como la visita de enfermería es mayor a medida que aumenta la edad de las personas. Los porcentajes del resto de visitas a otros profesionales no varían de forma significativa en función de la edad.



Motivo principal para no consultar al especialista cuando lo necesita en los últimos 12 meses por grupo de edad y sexo. Porcentajes. Año 2009

	No se lo podía permitir (caro, no cubierto por el seguro)	Lista de espera, no tenía volante	No disponía de tiempo (por trabajo, cuidado de niños u otras personas)	Lejos para viajar, sin medios de transporte	Miedo al médico, hospitales, tratamiento...	Decidió esperar y ver si mejoraba	No conocía ningún buen especialista	Otras razones	No consta
AMBOS SEXOS									
Total	4,43	20,78	28,89	1,01	5,19	21,84	1,67	16,12	0,07
De 16 a 24 años	5,33	19,00	22,89	0,00	6,36	26,72	1,38	18,35	0,00
De 25 a 44 años	4,16	19,84	39,32	0,42	3,99	18,88	1,91	11,50	0,00
De 45 a 54 años	5,06	22,20	24,81	1,01	4,68	23,38	1,35	17,51	0,00
De 65 y más años	3,12	22,04	5,36	3,97	10,03	25,16	1,86	27,96	0,53
VARONES									
Total	3,53	18,08	31,08	0,61	5,12	23,73	2,41	15,40	0,04
De 16 a 24 años	1,84	16,21	21,93	0,00	10,23	34,89	1,78	13,06	0,00
De 25 a 44 años	4,18	15,95	40,12	0,81	3,69	20,29	3,26	11,70	0,00
De 45 a 54 años	4,04	20,96	27,10	0,30	3,79	25,24	1,40	17,17	0,00
De 65 y más años	0,00	21,84	4,85	1,13	12,24	25,84	1,78	31,88	0,43
MUJERES									
Total	5,03	22,61	27,41	1,28	5,24	20,56	1,18	16,61	0,08
De 16 a 24 años	7,62	20,84	23,52	0,00	3,83	21,26	1,08	21,85	0,00
De 25 a 44 años	4,14	22,88	38,69	0,10	4,22	17,78	0,86	11,34	0,00
De 45 a 54 años	5,74	23,01	23,30	1,48	5,26	22,15	1,32	17,73	0,00
De 65 y más años	4,44	22,12	5,58	5,17	9,10	24,85	1,89	26,31	0,57

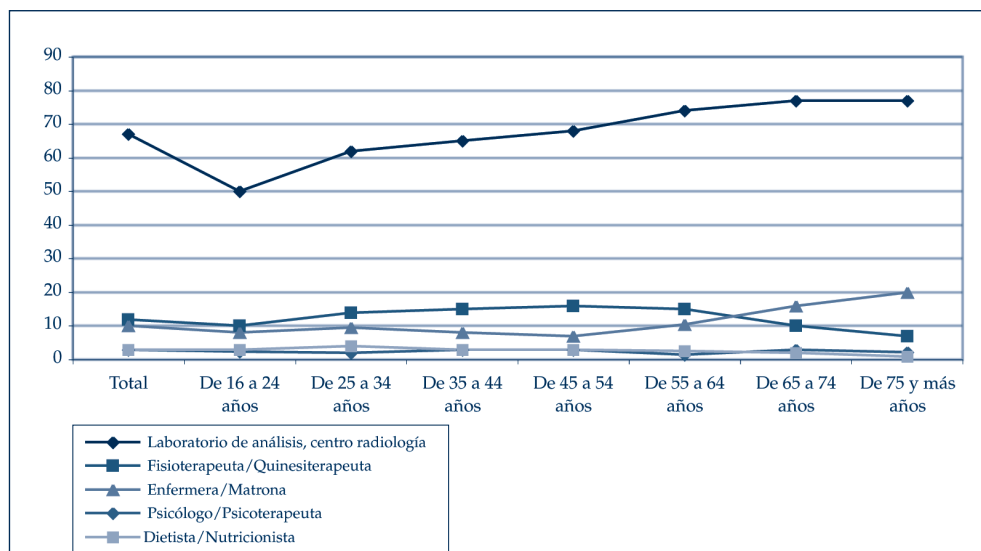
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 23

Pasando al estudio de la utilización de la atención hospitalaria, vamos a comenzar comentando el porcentaje de población por tramos de edad que han estado hospitalizados en los últimos 12 meses (ver gráfico 25 y tabla 24), en el que podemos comprobar cómo las personas de 65 a 74 años y, de 75 o más años son los grupos de edad que más responden de forma afirmativa a la pregunta de si ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses, con un 15,09% y 18,17%, respectivamente, porcentaje que es mayor, en el caso de los mayores de 75 años, para los varones que para las mujeres, como se puede comprobar en dicho gráfico. En términos generales, se aprecia claramente una correlación positiva entre el porcentaje de ingresos y la edad. Señalar que el mayor número de ingresos de las mujeres de 16 a 45 está relacionado con los partos y la asistencia relacionada con la natalidad.

Respecto a la frecuentación de ingresos hospitalarios por grupo de edad, estudiando el número medio de ingresos en los últimos 12 meses, podemos comprobar (ver gráfico 26 y tabla 25) como es constante desde los 25 hasta las 44 años y, a par-

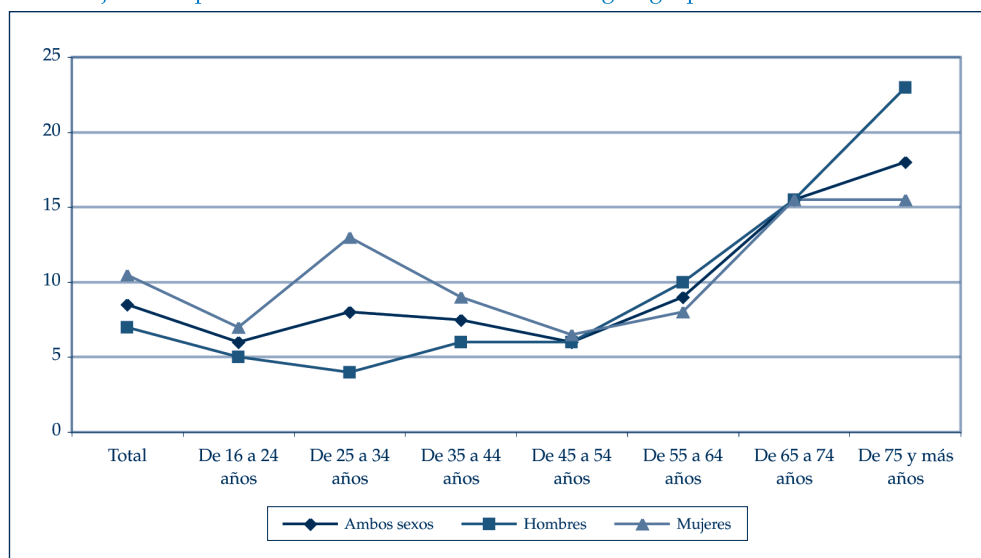
Porcentaje de visita a otros profesionales sanitarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 24

Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 25

tir de este grupo de edad, se va incrementando hasta obtener el valor más alto para los mayores de 74 años. Asimismo, cabe reseñar que los resultados en número medio de hospitalizaciones por género, es mayor en hombres que en mujeres, acentuándose este hecho en los mayores de 74 años. Esto es debido, a que el número de hombres vivos en edades avanzadas es menor que el de mujeres, siendo sus hospitalizaciones similares a las de las mujeres, lo que implica un mayor número medio. Este patrón se verá luego corroborado con los datos obtenidos a partir del GRD para Castilla-La Mancha y Castilla y León, donde los hombres tienen un perfil de utilización de los servicios hospitalarios mayores que las mujeres en los segmentos de edad avanzados.



Respecto a la duración de los ingresos hospitalarios por grupo de edad, estudiando el número medio de días en los últimos 12 meses en los que una persona ha estado hospitalizada y el número medio de días del último ingreso hospitalario

Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	9,26	8,11	10,35
De 16 a 24 años	5,78	5,02	6,56
De 25 a 34 años	8,57	4,01	13,41
De 35 a 44 años	7,29	5,90	8,74
De 45 a 54 años	6,13	5,85	6,40
De 55 a 64 años	9,24	10,06	8,48
De 65 a 74 años	15,09	15,05	15,14
De 75 y más años	18,17	22,76	15,15

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 24

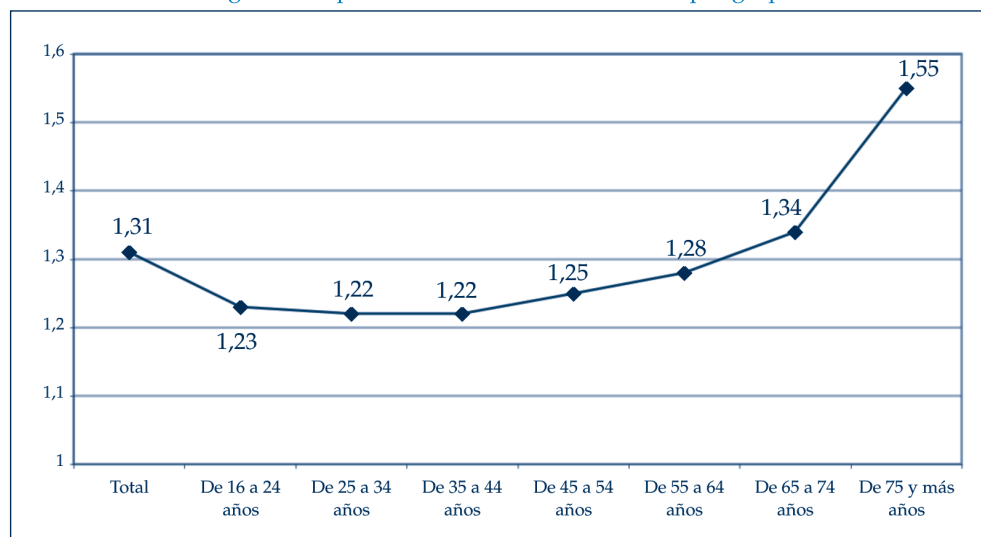
Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,31	1,35	1,29
De 16 a 24 años	1,23	1,26	1,21
De 25 a 34 años	1,22	1,27	1,20
De 35 a 44 años	1,22	1,20	1,23
De 45 a 54 años	1,25	1,32	1,18
De 55 a 64 años	1,28	1,27	1,30
De 65 a 74 años	1,34	1,29	1,38
De 75 y más años	1,55	1,63	1,47

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 25

Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 26

Duración media en días de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009

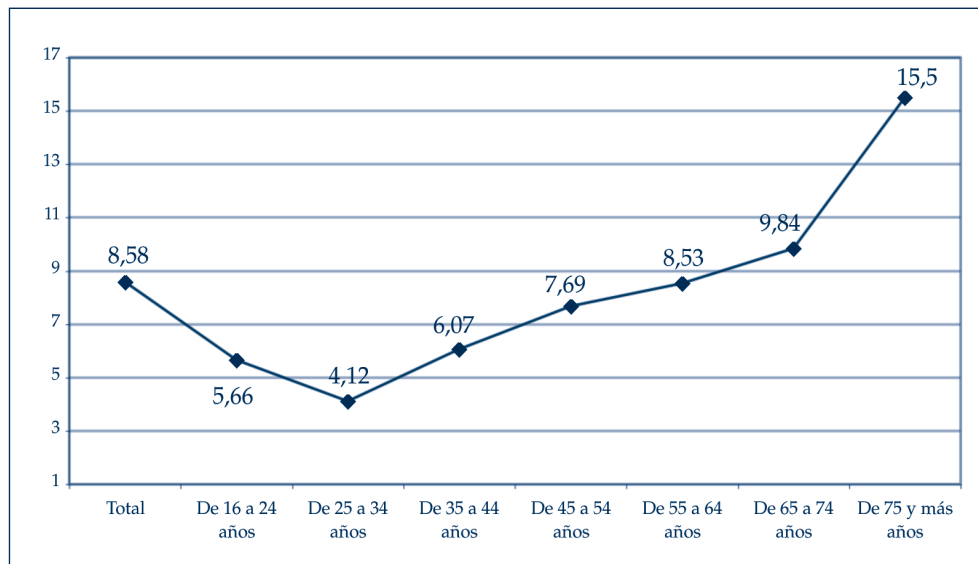


Gráfico 27

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009

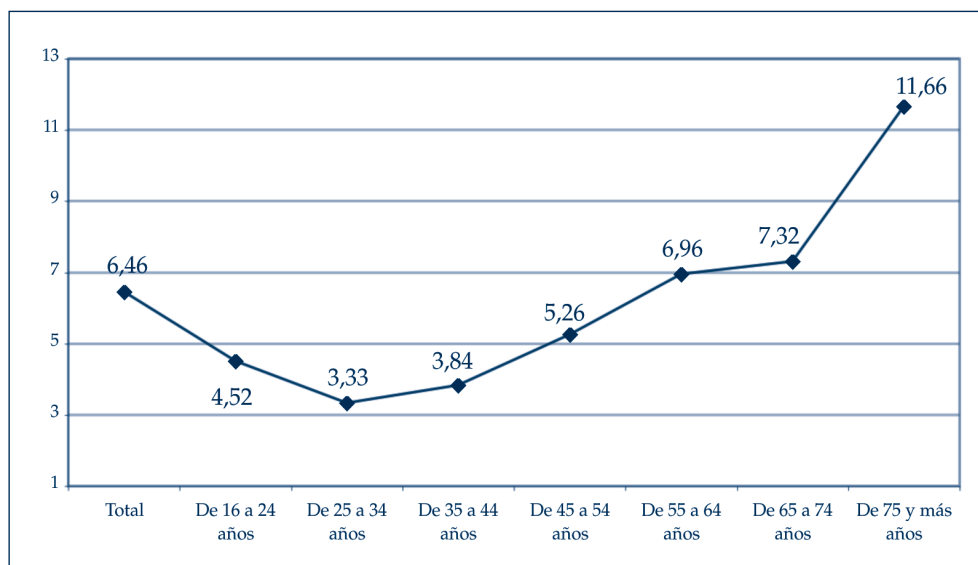


Gráfico 28

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

en los últimos 12 meses, podemos comprobar (ver gráfico 27 y gráfico 28, tabla 26 y tabla 27) como ambos indicadores muestran una clara tendencia creciente con la edad. En todo caso, el grupo de edad por encima de los 75 años muestra un número medio de días de hospitalización claramente superior a las de la media de la población, lo que indica una mayor frecuencia de utilización de los recursos hospitalarios que la población en general. Asimismo, cabe reseñar que los resultados en número medio de días de hospitalizaciones por género, al igual que ocurría en el número



Duración media en días de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	8,58	10,73	6,97
De 16 a 24 años	5,66	7,81	3,90
De 25 a 34 años	4,12	4,43	4,02
De 35 a 44 años	6,07	8,87	4,11
De 45 a 54 años	7,69	9,80	5,80
De 55 a 64 años	8,53	8,75	8,29
De 65 a 74 años	9,84	9,95	9,76
De 75 y más años	15,50	18,65	12,48

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 26

Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	6,46	8,02	5,36
De 16 a 24 años	4,52	6,09	3,44
De 25 a 34 años	3,33	3,02	3,42
De 35 a 44 años	3,84	5,08	3,08
De 45 a 54 años	5,26	6,36	4,34
De 55 a 64 años	6,96	7,02	6,89
De 65 a 74 años	7,32	8,16	6,62
De 75 y más años	11,66	13,85	9,55

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 27

medio de ingresos, es mayor en hombres que en mujeres, acentuándose este hecho en los mayores de 74 años. La explicación es la misma que en el caso anterior, el menor número de varones vivos en dichas edades.

Pasando al estudio de la demanda del hospital de día por parte de los mayores de 65 años, vamos a comenzar comentando el porcentaje de población por tramos de edad que han utilizado el hospital de día en los últimos 12 meses (ver gráfico 29 y tabla 28), en el que podemos comprobar cómo existe una clara tendencia creciente de su uso con la edad. Así se pasa de un porcentaje prácticamente estable de los 16 a los 44 años, en torno al 7,34%, a un continuo incremento de los 45 a los 75 y más años, siendo el porcentaje de este último grupo de edad del 12,80%. Hay que señalar que no se observan grandes diferencias entre sexos, aunque para edades avanzadas es mayor la utilización de los varones.

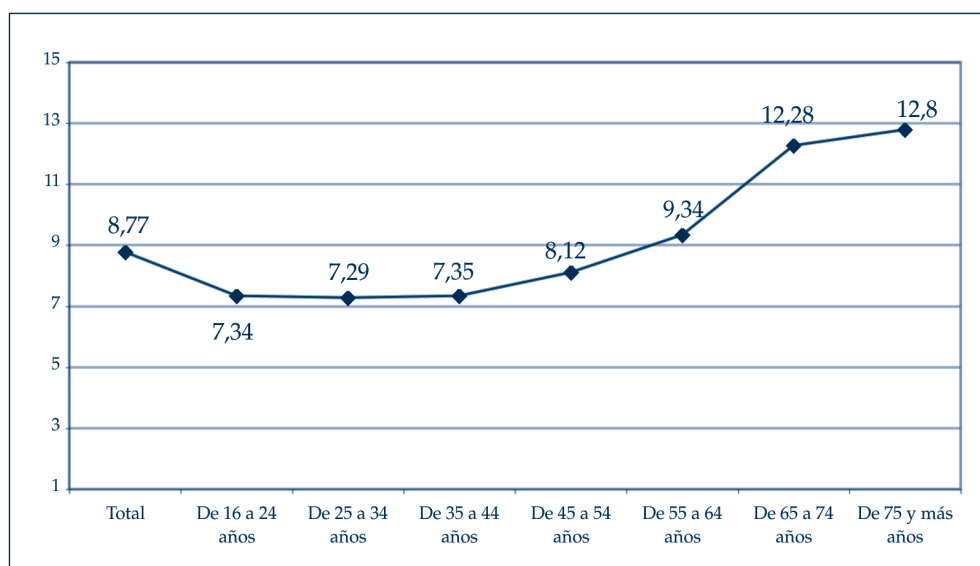
En cuanto al número medio de admisiones (ver gráfico 30 y tabla 29) existe una tendencia creciente hasta el rango de edad de los 55 a los 64 años, mientras que a partir de los 65 años se produce un descenso. Esta evolución se debe al menor número de personas de edades avanzadas que existen en comparación con las personas de 45 a 64 años, motivo por el que si bien en número absoluto



estos grupos de edad, de 45 a 64 años, presentan un mayor número de admisiones, el uso de los servicios hospitalarios de día es mayor en porcentaje en las personas de 65 y más años.

Si observamos la inaccesibilidad a la hospitalización recomendada por un médico (ver gráfico 31), vemos que, a excepción del rango de edad de 55 a 64 años, se produce una tendencia creciente, presentando el mayor porcentaje en las personas con más de 74 años. Esta inaccesibilidad está más presente en mujeres que en hombres.

Porcentaje de utilización del hospital de día en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 29

Porcentaje de utilización media en días en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	8,77	8,44	9,09
De 16 a 24 años	7,34	8,15	6,50
De 25 a 34 años	7,29	6,61	8,01
De 35 a 44 años	7,35	6,67	8,05
De 45 a 54 años	8,12	7,48	8,76
De 55 a 64 años	9,34	9,75	8,96
De 65 a 74 años	12,28	12,41	12,17
De 75 y más años	12,80	13,42	12,80

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

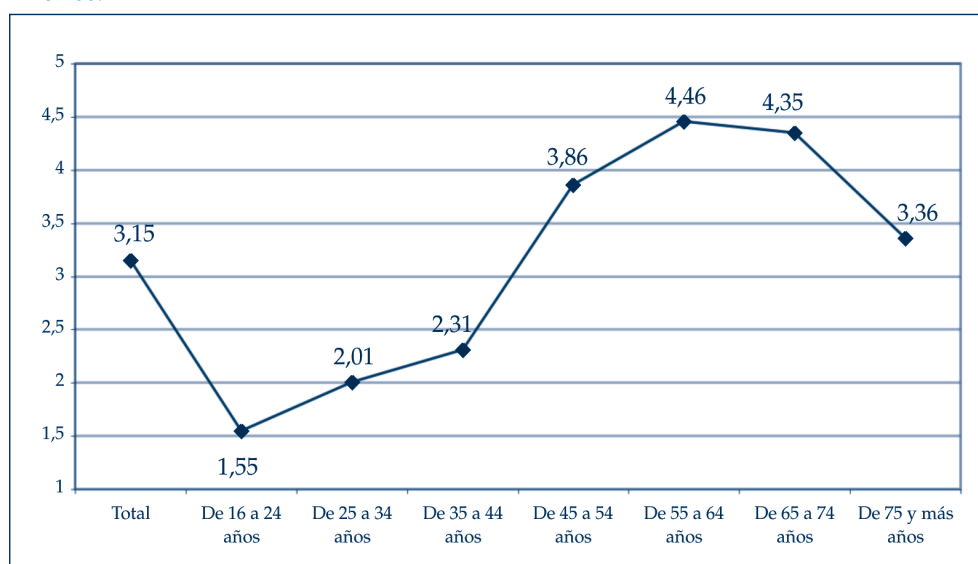
Tabla 28

La última gran área de consumo de recursos sanitarios es el del consumo de medicamentos, donde existe una clara relación positiva entre el grupo de edad que consideremos y el consumo de fármacos. El primer aspecto que vamos a



estudiar es el del número de personas que han consumido algún tipo de medicamentos en las dos últimas semanas, para lo que vamos a utilizar la tabla 30 y el gráfico 32. En ellos se puede comprobar, al existir una tendencia creciente en relación con la edad, una relación positiva entre edad y consumo de medicamentos. En el caso de los rangos de edad de 65 a 74 años y de 75 años y más el número de personas que consume un medicamento es del 85,11% y un 92,72%, respectivamente. Por otra parte, se constata lo ya observado en los datos de la ENS de 2006 que el consumo de fármacos es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Número medio de admisiones en el hospital de día en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 30

Número medio de admisiones en el hospital de día en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009

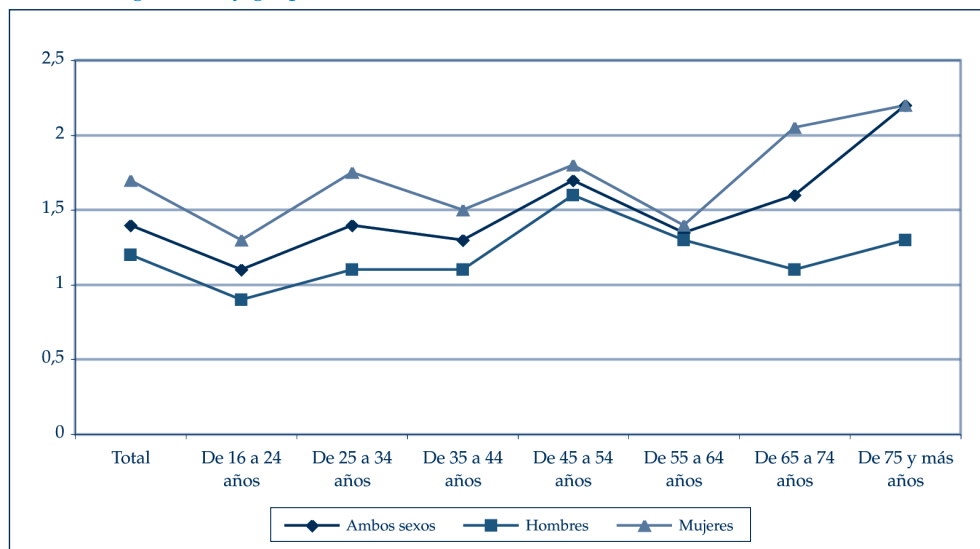
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	3,15	2,90	3,37
De 16 a 24 años	1,55	1,29	1,88
De 25 a 34 años	2,01	1,79	2,20
De 35 a 44 años	2,31	2,28	2,34
De 45 a 54 años	3,86	2,51	5,01
De 55 a 64 años	4,46	3,41	5,53
De 65 a 74 años	4,35	5,85	3,07
De 75 y más años	3,36	3,44	3,30

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 29

A continuación, vamos a ver cuáles son los tipos de medicamento recetados más consumidos por los mayores (ver gráfico 33), estos son: hipertensión arterial

Porcentaje de inaccesibilidad a la hospitalización recomendada por un médico en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 31

(51,43%), dolor en articulaciones (artrosis, artritis) (32,80%), los indicados para reducir el nivel de colesterol en sangre (29,60%), dolor en cuello o espalda (20,02%), pastillas para dormir (20,20%), problemas de estómago (17,08%) y diabetes (16,96%).

Otro aspecto que se puede estudiar con las estadísticas disponibles es el porcentaje de la población que se automedica (consume medicamentos sin receta médica) según el grupo de edad al que pertenezcan, para lo que puede consul-

Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	52,98	44,97	60,68
De 16 a 24 años	28,12	20,58	36,01
De 25 a 34 años	33,24	23,84	43,21
De 35 a 44 años	38,71	31,52	46,25
De 45 a 54 años	52,72	46,24	59,15
De 55 a 64 años	72,49	67,03	77,64
De 65 a 74 años	85,11	81,08	88,53
De 75 y más años	92,72	91,10	93,79

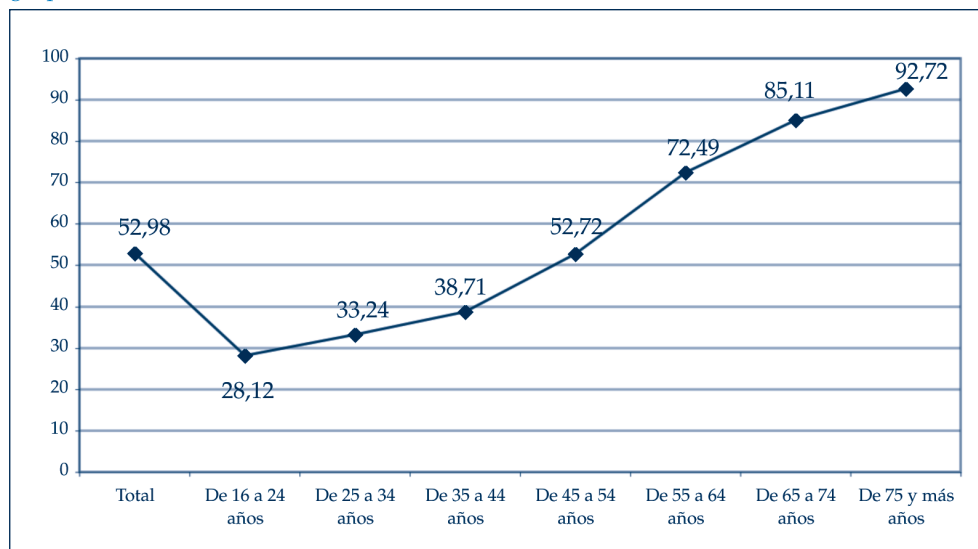
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 30

tarse la tabla 31 y el gráfico 34. En ella se comprueba que el porcentaje de automedicación de los grupos de personas mayores es claramente inferior al del resto de la población, siendo del 9,07% para el grupo entre 65 y 74 años, y todavía más bajo para los mayores de 75 años (el 6,88%), frente al 15,86% de media para todas las edades. La razón de ello puede encontrarse en el menor coste de opor-



Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 32

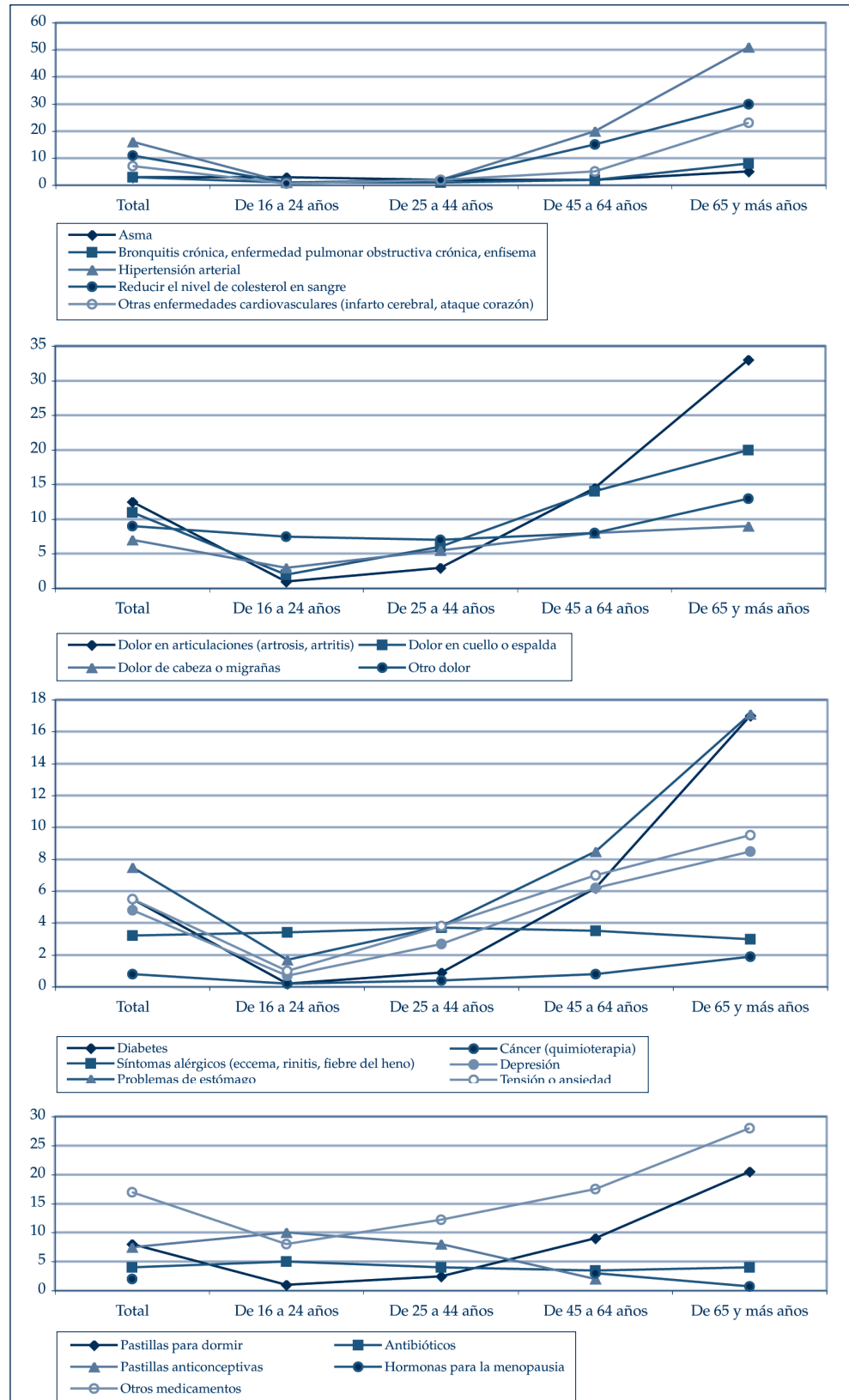
tunidad que supone a las personas mayores acercarse al médico a por una receta, unido a que para que el medicamento sea gratis para este grupo de edad es necesario la presentación de una receta del Sistema Nacional de Salud en la oficina de farmacia. Por otra parte, existe una tendencia general a que las mujeres se automediquen más que los varones, tendencia que se mantiene en los grupos de edad avanzada.

Pasando al estudio de la utilización de la asistencia domiciliaria por parte de los mayores de 75 años, vamos a comenzar comentando el porcentaje de población por tramos de edad que han utilizado estos servicios en los últimos 12 meses (ver gráfico 35), en el que podemos comprobar cómo existe una clara tendencia creciente en todos los servicios de su uso con la edad. Centrándonos en los mayores de 74 años, un 7,31% utiliza servicios especiales de transporte, un 8,02% recibe ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores y un 11,65% recibe atención domiciliaria prestada por un enfermero.

Realizamos el análisis del tiempo transcurrido desde la última vista al dentista por grupo de edad, como podemos comprobar (ver tabla 32 y gráfico 36), a más edad va disminuyendo el tiempo desde su última visita. Por otro lado, las mujeres acuden más frecuentemente al dentista que los hombres.

Respecto a la frecuentación de visitas por grupo de edad, estudiando el número medio de consultas en las últimas 4 semanas, podemos comprobar (ver gráfico 37 y tabla 33) como existe una tendencia creciente en relación con la edad hasta alcanzar los 64 años, ya que a partir de dicha edad el número medio de visitas permanece estable con la edad. Asimismo, cabe reseñar que los resultados en número medio de visitas por género son similares entre hombres y mujeres.

Porcentaje de tipo de medicamento recetado consumido en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



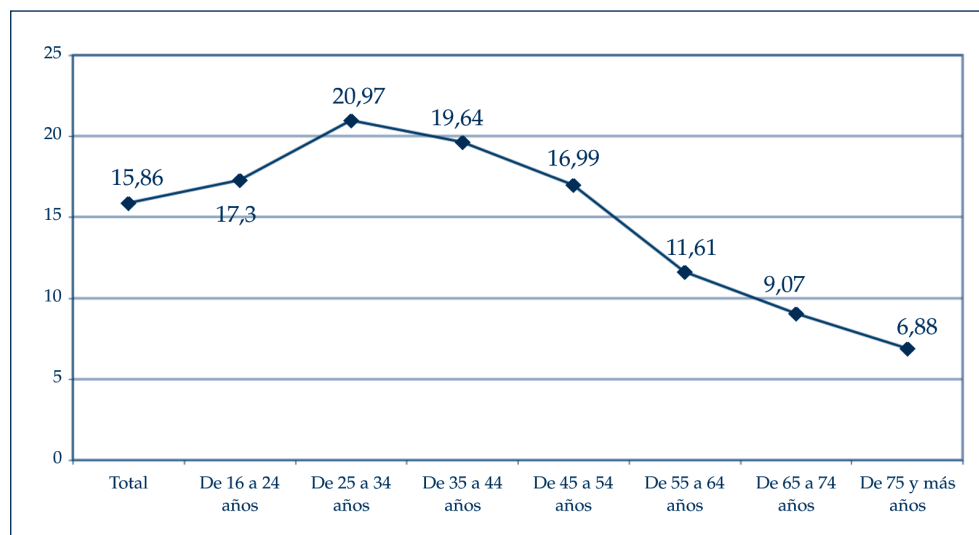
Porcentaje de personas que se han automedicado en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	15,86	14,02	17,63
De 16 a 24 años	17,30	14,21	20,54
De 25 a 34 años	20,97	18,57	23,53
De 35 a 44 años	19,64	17,35	22,05
De 45 a 54 años	16,99	14,44	19,51
De 55 a 64 años	11,61	10,63	12,53
De 65 a 74 años	9,07	6,93	10,89
De 75 y más años	6,88	6,18	7,34

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 31

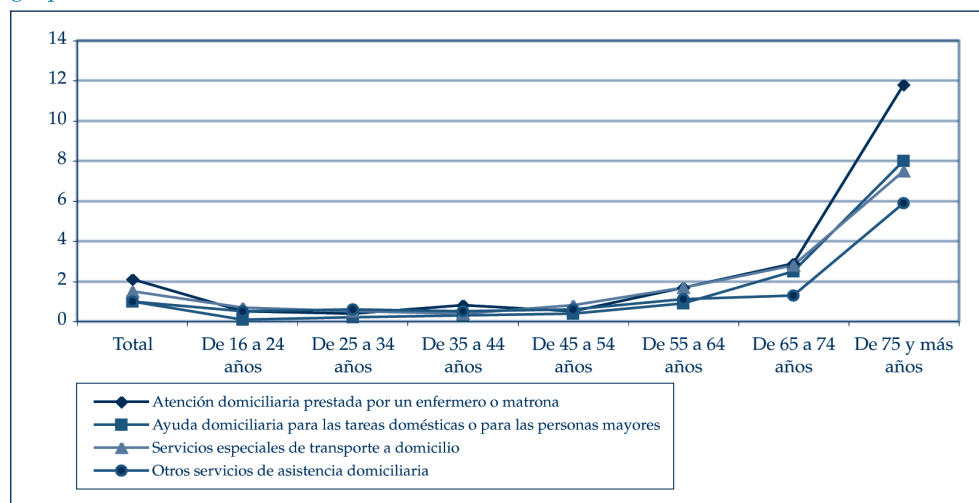
Porcentaje de personas que se han automedicado en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 34

Porcentaje de utilización de servicios asistenciales domiciliarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 35

Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009

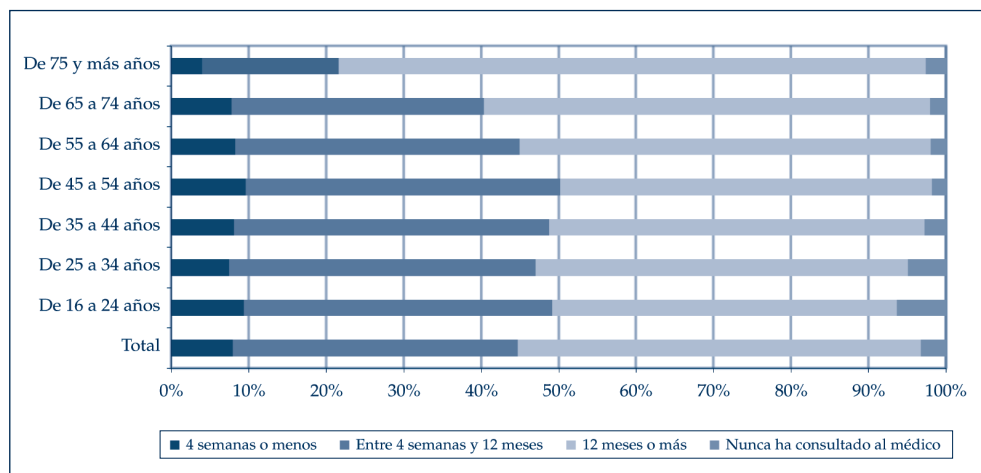


Gráfico 36

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2009

	4 semanas o menos	Entre 4 semanas y 12 meses	12 meses o más	Nunca ha consultado al médico
AMBOS SEXOS				
Total	7,96	36,77	52,00	3,26
De 16 a 24 años	9,35	39,80	44,53	6,32
De 25 a 34 años	7,47	39,56	48,02	4,95
De 35 a 44 años	8,07	40,73	48,45	2,75
De 45 a 54 años	9,64	40,56	47,95	1,84
De 55 a 64 años	8,27	36,65	53,11	1,97
De 65 a 74 años	7,78	32,58	57,59	2,05
De 75 y más años	4,01	17,59	75,74	2,66
VARONES				
Total	7,18	34,55	53,98	4,20
De 16 a 24 años	8,13	37,30	46,12	8,45
De 25 a 34 años	6,15	35,44	52,75	5,66
De 35 a 44 años	7,44	36,89	51,82	3,85
De 45 a 54 años	10,04	37,18	50,22	2,56
De 55 a 64 años	7,34	34,38	55,89	2,39
De 65 a 74 años	5,51	32,76	59,01	2,72
De 75 y más años	3,32	18,73	73,83	4,12
MUJERES				
Total	8,71	38,91	50,10	2,28
De 16 a 24 años	10,62	42,42	42,86	4,09
De 25 a 34 años	8,87	43,93	43,01	4,19
De 35 a 44 años	8,73	44,74	44,92	1,61
De 45 a 54 años	9,25	43,92	45,71	1,13
De 55 a 64 años	9,14	38,80	50,48	1,58
De 65 a 74 años	9,69	32,42	56,39	1,50
De 75 y más años	4,46	16,85	77,00	1,69

Tabla 32

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



Si observamos le porcentaje de asistencia a servicios de medicina alternativa (ver gráfico 38), vemos que, hasta el rango de edad de 35 a 44 años existe un aumento constante con la edad, mientras que a partir de los 44 años la tendencia se invierte. Las personas mayores prácticamente no acuden a estos servicios.

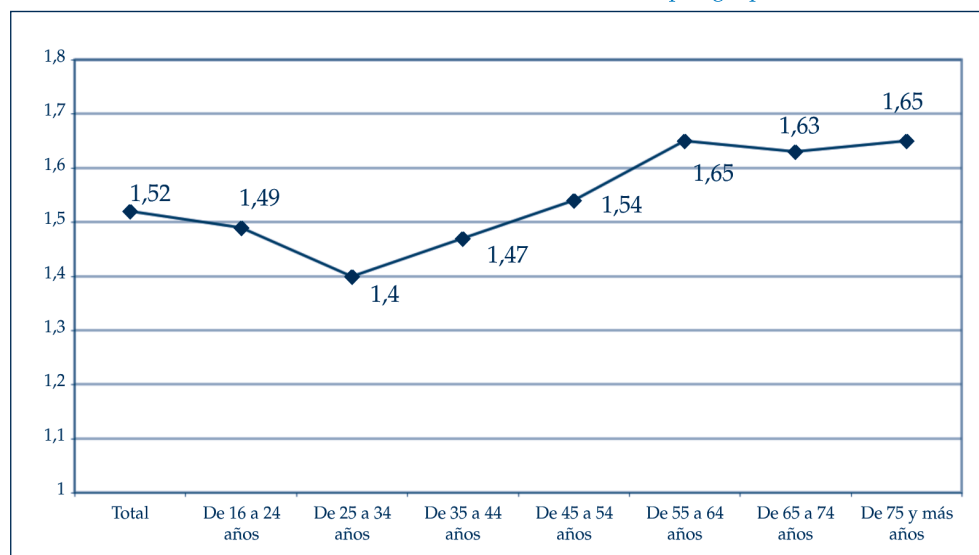
Número medio de visitas al dentista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	1,42	1,41	1,42
De 16 a 24 años	1,27	1,34	1,22
De 25 a 34 años	1,44	1,38	1,47
De 35 a 44 años	1,39	1,33	1,42
De 45 a 54 años	1,40	1,41	1,39
De 55 a 64 años	1,40	1,40	1,39
De 65 a 74 años	1,41	1,31	1,48
De 75 y más años	1,53	1,63	1,47

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 33

Número medio de visitas al dentista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009

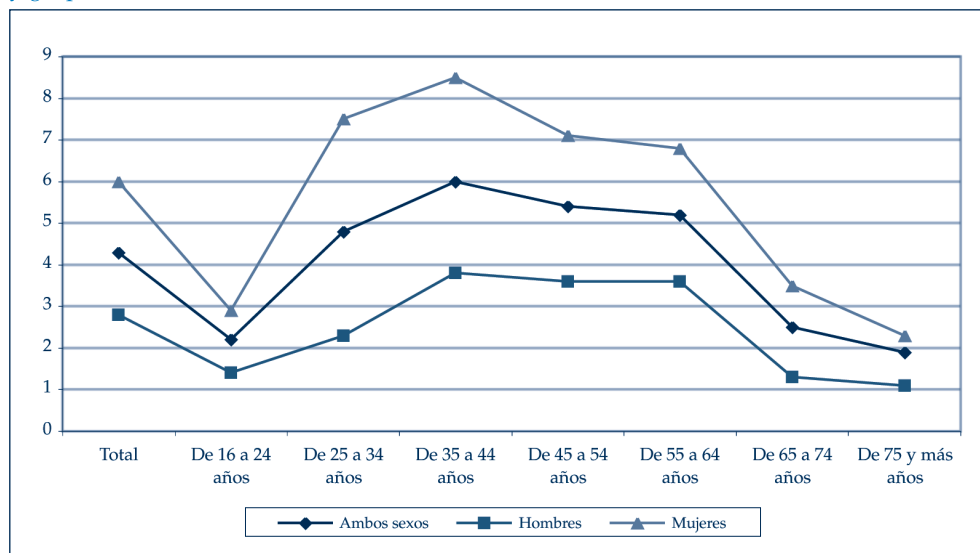


Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 37

A continuación, vamos a analizar las pruebas preventivas que se realizan por grupos de edad (ver tabla 34 y gráficos 30, 40, 41, 42, 43, 44, 45). Tanto la vacunación antigripal como la realización de una prueba de sangre oculta en heces presentan una tendencia claramente creciente en función de la edad. Ahora bien, el crecimiento de la vacuna antigripal por grupo de edad es muy superior, al pasar

Porcentaje de visitas a servicios de medicina alternativa en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 38

Porcentaje de práctica preventiva realizada por grupo de edad. Año 2009

	Vacunación antigripal	Toma de tensión arterial	Medición de colesterol	Medición de glucosa	Prueba de sangre en heces	Mamografía	Citología vaginal
Total	21,77	94,27	92,73	91,94	6,70	55,26	73,64
De 16 a 24 años	5,67	80,12	76,26	74,95	4,27	7,39	53,85
De 25 a 34 años	6,40	91,77	90,22	89,56	5,03	18,08	76,04
De 35 a 44 años	8,02	95,90	94,58	93,89	5,14	43,84	86,40
De 45 a 54 años	12,20	96,76	95,45	94,51	7,16	83,21	88,38
De 55 a 64 años	28,18	98,04	97,54	96,50	9,68	93,04	82,07
De 65 a 74 años	58,27	98,66	97,65	96,76	8,74	86,48	64,53
De 75 y más años	70,12	99,02	97,56	97,54	9,24	47,15	36,76

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 34

del 12,20% de la población en el grupo de edad de 45 a 54 años, hasta el 70,12% en el grupo de 75 y más años. Por el contrario, el aumento no es tan importante en el caso de la detección de sangre oculta en heces donde el porcentaje pasa en estos mismo grupos del 7,16% al 9,24%.

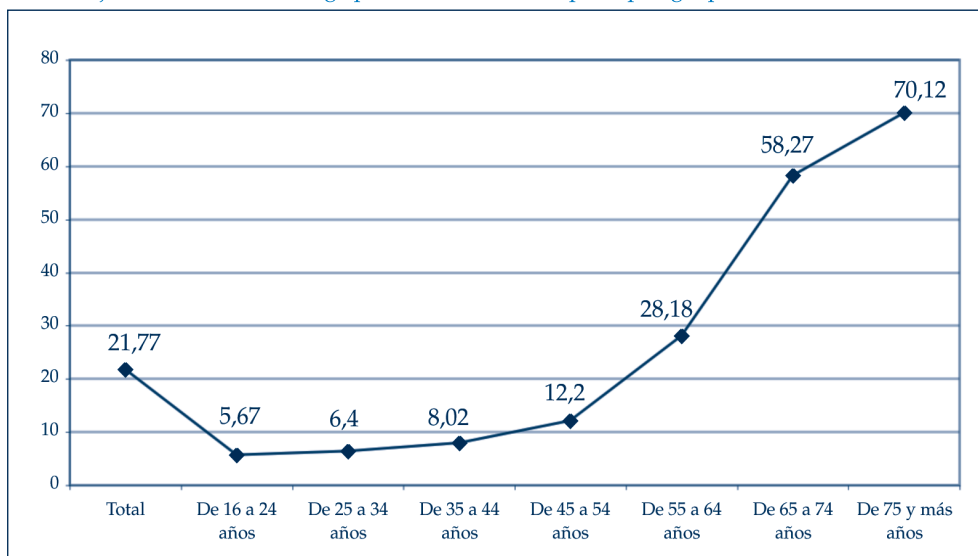
Las restantes pruebas como son la toma de tensión arterial, la medición del colesterol y la medición de la glucosa presentan una tendencia lineal en función de la edad, siendo el porcentaje muy similar a partir de los grupos de edad de 55 años. Sin embargo, las pruebas específicas en mujeres como son la mamografía y la citología vaginal presentan una tendencia decreciente desde los 65 años para las mamografías y desde los 55 para las citologías.

Si analizamos para cada práctica preventiva el tiempo transcurrido desde la última prueba realizada por grupo de edad y sexo, podemos comprobar (ver gráfi-



cos 46, 47, 48, 49, 50 y 51) la toma tensión arterial, la medición de colesterol, la medición de glucosa en sangre y la prueba en sangre oculta en heces a más edad se realizan con más asiduidad. Sin embargo en las pruebas específicas en mujeres como son la mamografía y la citología vaginal aumenta la frecuencia de realización con la edad. No existen diferencias entre sexos respecto a la frecuencia de realización de las pruebas.

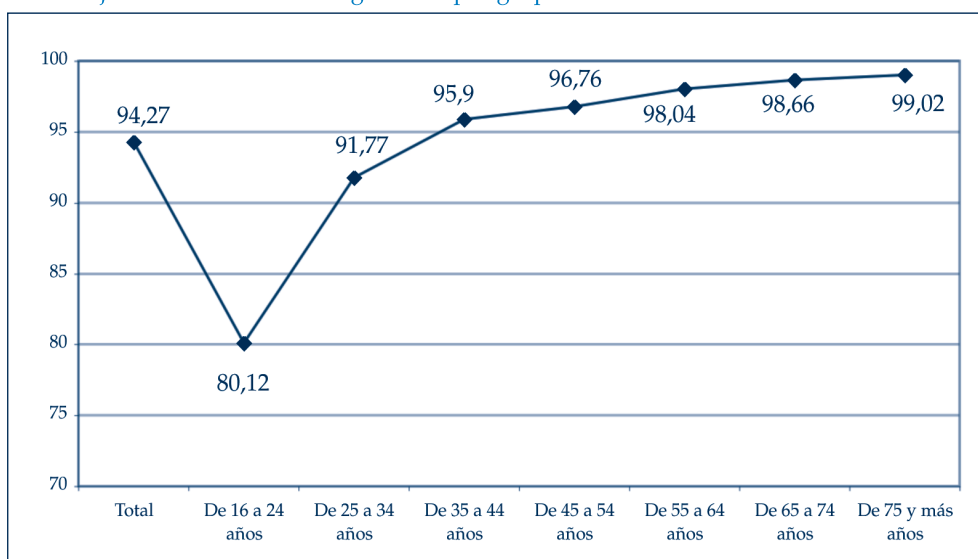
Porcentaje de vacunación antigripal en la última campaña por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 39

Porcentaje de toma de tensión alguna vez por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 40

Un aspecto interesante de la EES 2009 es que permite obtener información sobre el gasto que hacen las personas en servicios sanitarios. Este tipo de infor-



Porcentaje de medición de colesterol alguna vez por grupo de edad. 2009

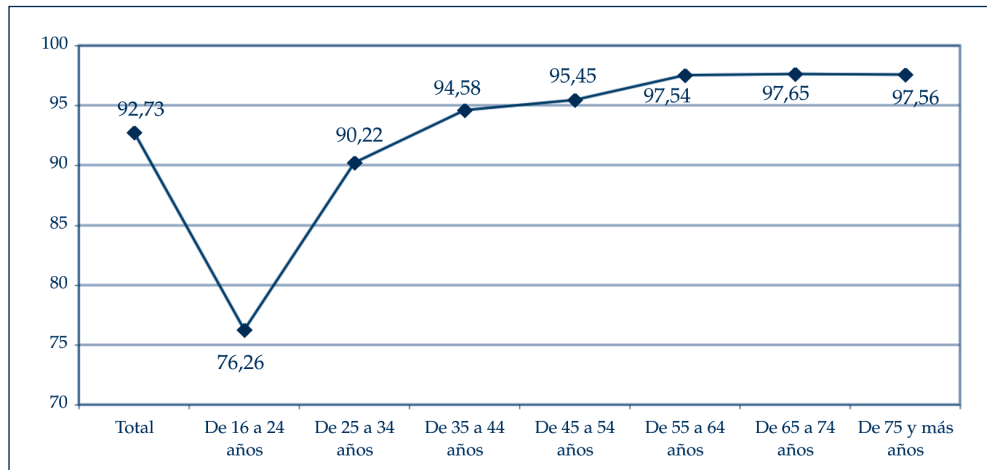


Gráfico 41 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Porcentaje de medición de glucosa en sangre alguna vez por grupo de edad. Año 2009

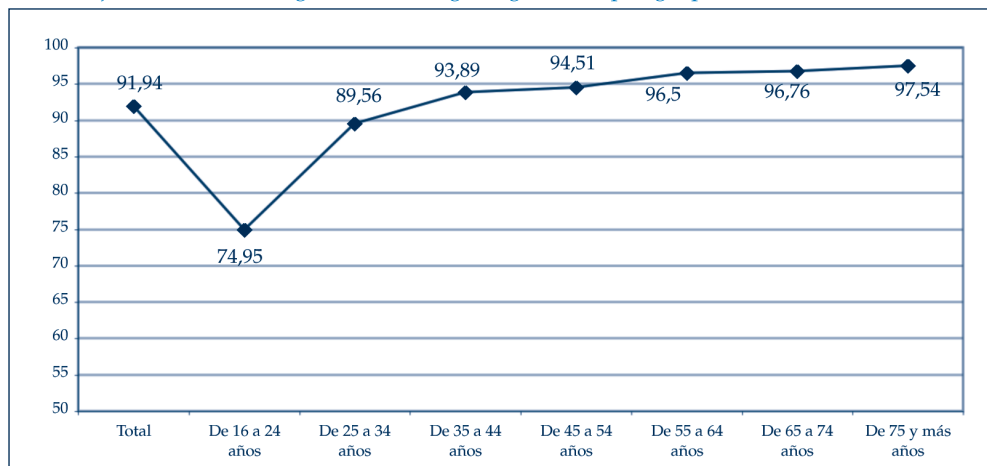


Gráfico 42 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Porcentaje de realización de una prueba de sangre oculta en heces alguna vez por grupo de edad. Año 2009

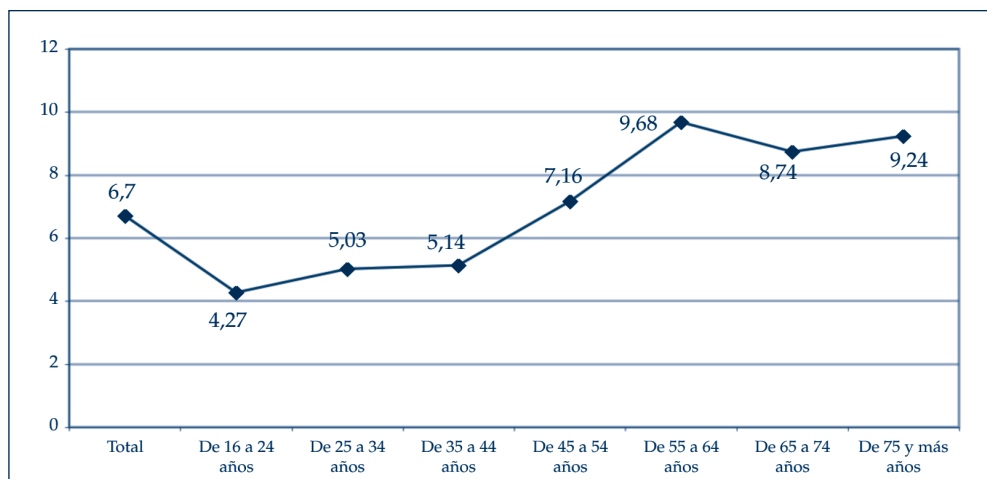
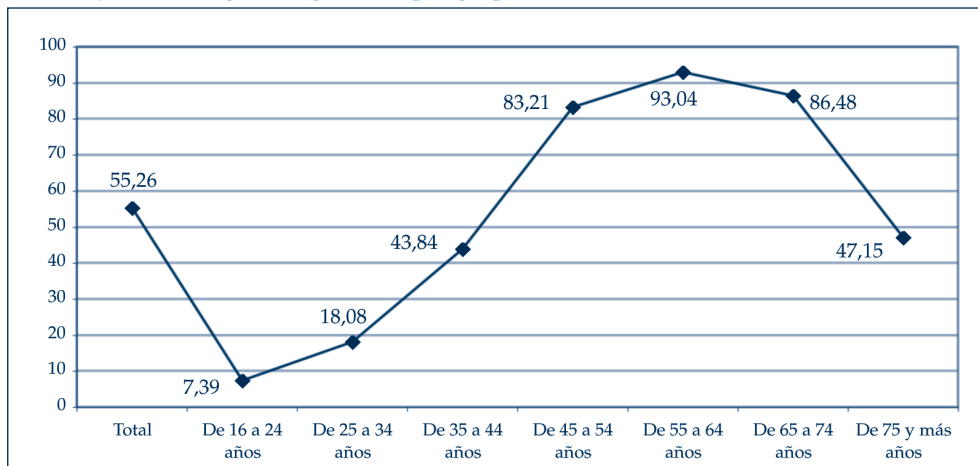


Gráfico 43 Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



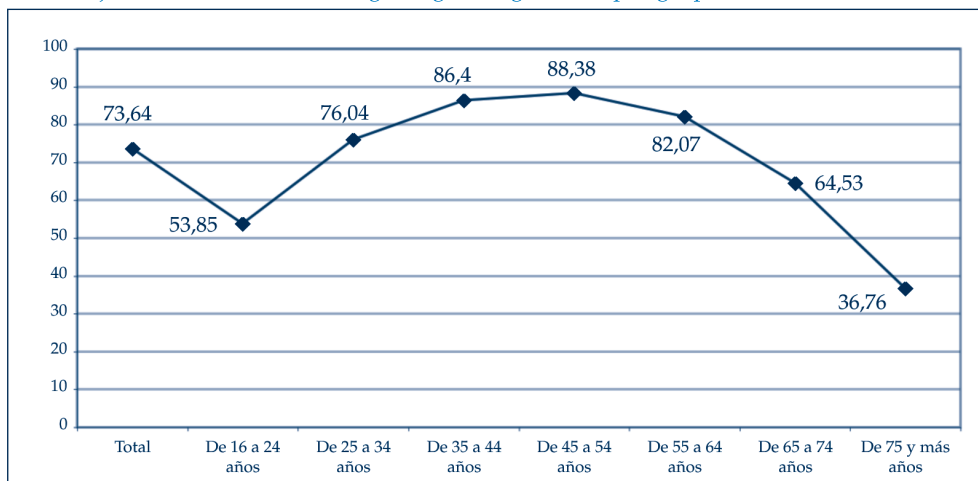
Porcentaje de mamografía alguna vez por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 44

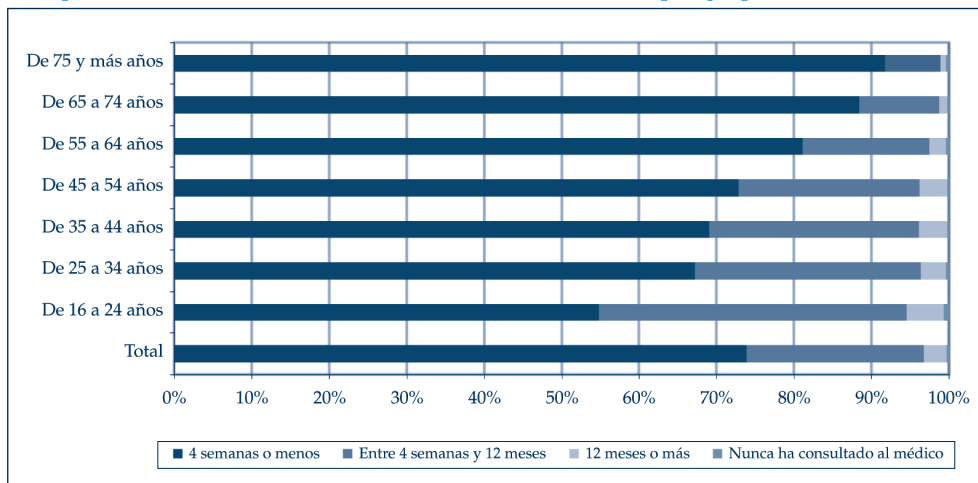
Porcentaje de realización de citología vaginal alguna vez por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 45

Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

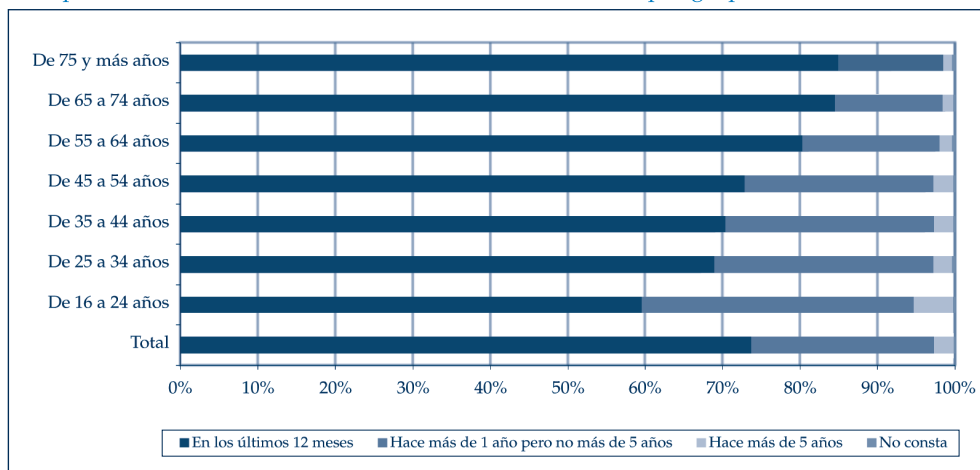
Gráfico 46

Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial según sexo y grupo de edad. Año 2009

	En los últimos 12 meses	Hace más de 1 año pero no más de 5 años	Hace más de 5 años	No consta
AMBOS SEXOS				
Total	73,90	22,86	2,91	0,34
De 16 a 24 años	54,82	39,73	4,75	0,71
De 25 a 34 años	67,16	29,21	3,27	0,36
De 35 a 44 años	69,05	27,02	3,68	0,25
De 45 a 54 años	72,88	23,33	3,60	0,20
De 55 a 64 años	81,11	16,36	2,10	0,42
De 65 a 74 años	88,39	10,35	1,03	0,23
De 75 y más años	91,74	7,11	0,79	0,36
VARONES				
Total	73,24	23,40	3,04	0,33
De 16 a 24 años	55,87	37,56	5,65	0,92
De 25 a 34 años	65,20	31,32	3,15	0,33
De 35 a 44 años	70,18	25,91	3,66	0,25
De 45 a 54 años	75,06	21,43	3,51	0,00
De 55 a 64 años	80,44	17,45	1,59	0,52
De 65 a 74 años	86,64	11,60	1,55	0,22
De 75 y más años	90,25	8,43	1,06	0,26
MUJERES				
Total	74,52	22,34	2,79	0,35
De 16 a 24 años	53,73	41,95	3,82	0,49
De 25 a 34 años	69,17	27,06	3,39	0,39
De 35 a 44 años	67,89	28,16	3,70	0,25
De 45 a 54 años	70,72	25,20	3,69	0,40
De 55 a 64 años	81,75	15,34	2,58	0,32
De 65 a 74 años	89,88	9,29	0,59	0,24
De 75 y más años	92,71	6,25	0,62	0,43

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

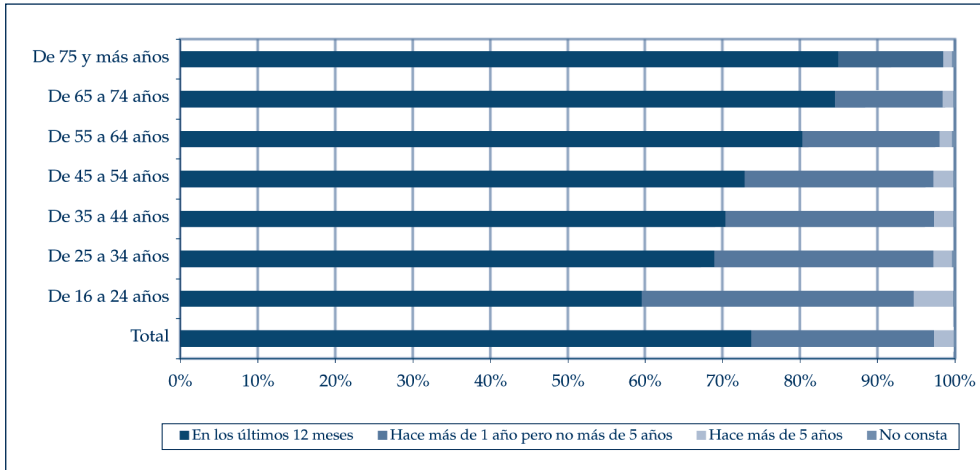
Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.



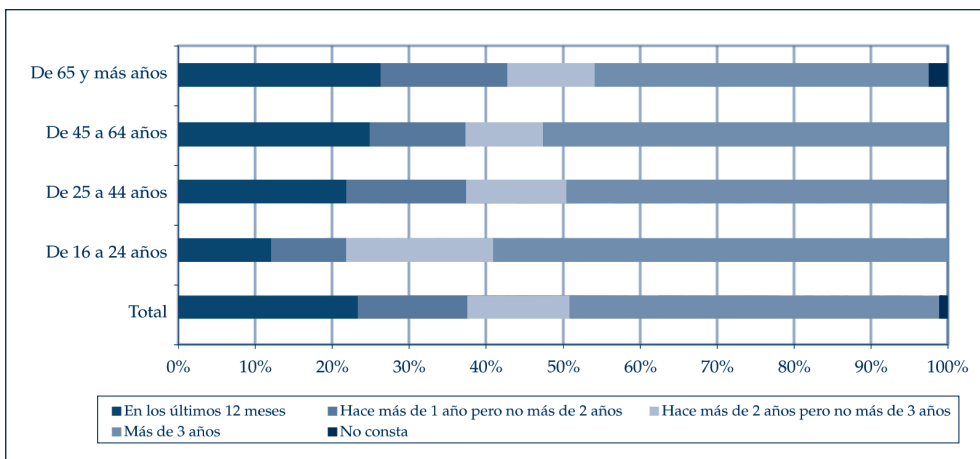
Tiempo transcurrido desde la última medición de glucosa en sangre por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 48

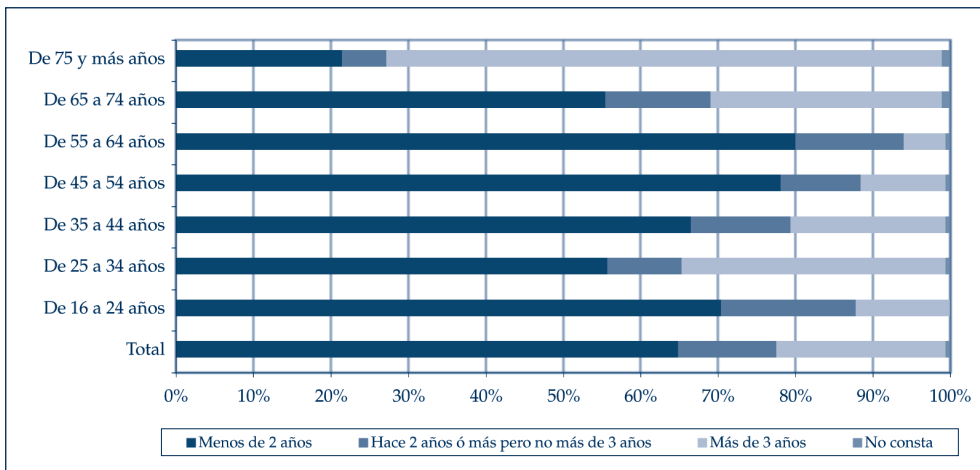
Tiempo transcurrido desde la última prueba en sangre oculta en heces por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 49

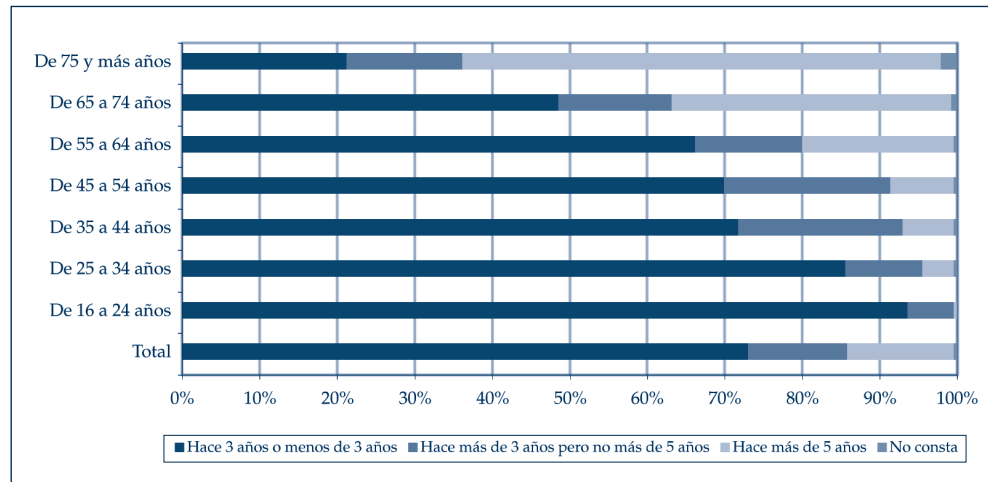
Tiempo transcurrido desde la última mamografía por grupo de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 50

Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal por grupo de edad. Año 2009

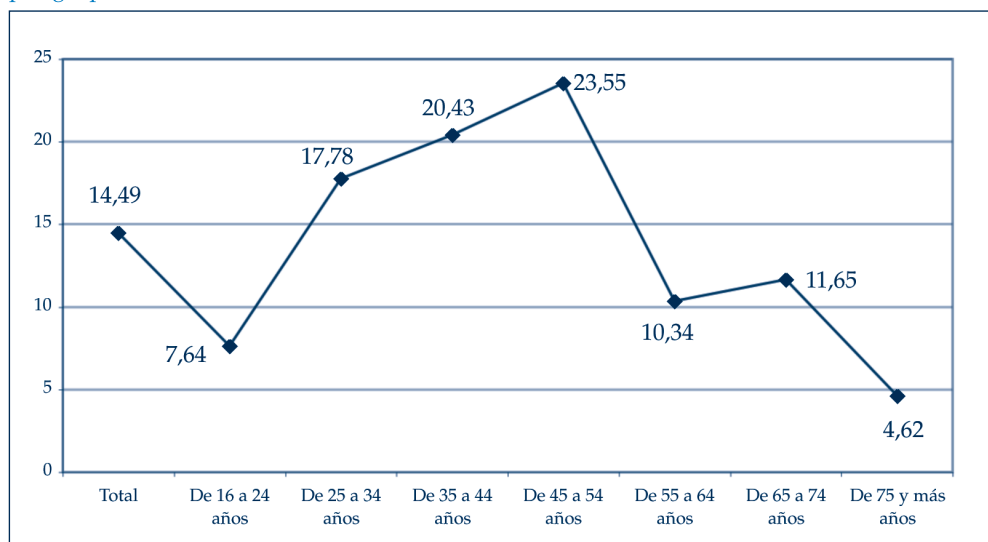


Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 51

mación, no está presente en la ENS 2006, mientras que en la EES 2009 está información se obtiene para comparar el gasto que hacen los hogares de cada país en asistencia sanitaria y poder comprobar el diferente esfuerzo realizado en función del país de residencia. A continuación vamos a analizar el gasto en salud tanto en médico de familia o general y especialista, como en atención dental y medicamentos recetados que la EES 2009 recoge para España.

Gasto medio en consultas al médico de familia o general y especialista en las últimas 4 semanas por grupos de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 52

En cuanto al gasto en consultas médicas (ver gráfico 52 y tabla 36) el gasto medio en las últimas se cifra en 14,49 euros. Esta cantidad tan baja es fruto del tipo de sistema sanitario que disfrutamos en nuestro país. Al gozar de un Sistema



Nacional de Salud, donde las visitas al médico, ya sea este de familia o especialista, son gratuitas y sin copago el gasto medio es muy bajo, ya que el porcentaje de hogares y personas que pagan por dichos servicios es muy reducido, lo que hace que al realizar el promedio sobre el total de la población, éste sea tan reducido. Respecto a la evolución por grupo etáreo, existe una tendencia creciente hasta el rango de edad de los 45 a 54 años, a partir de los 54 años esta tendencia se invierte. Así el gasto medio de las personas de 75 y más años sólo representan el 30,92% del gasto total. Respecto a la evolución por sexo, en promedio el gasto realizado por las mujeres es mayor que el realizado por los hombres, de 15,75 euros frente a los 12,57 euros que gastan los varones. Ahora bien, esta diferencia se produce en los grupos de edad relacionados con la edad fértil de la mujer, así el gasto medio femenino es muy superior al de los hombres en los grupos de 16 a 24 años y de 25 a 34 años, donde el gasto masculino sólo representa el 57,23% y el 58,10% respectivamente del que realizan las mujeres. Igualmente importante son las diferencias en la edad donde comienza aparecer la menopausia de las mujeres, en el que el gasto femenino casi triplica al masculino, 30,91 euros frente a los 11,30 de los varones. Sin embargo, en los grupos de más edad el gasto masculino es superior al femenino, especialmente para las personas de

Gasto medio en consultas al médico de familia o general y especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	14,49	12,57	15,75
De 16 a 24 años	7,64	5,28	9,21
De 25 a 34 años	17,78	12,08	20,79
De 35 a 44 años	20,43	21,08	20
De 45 a 54 años	23,55	11,30	30,91
De 55 a 64 años	10,34	12,07	8,99
De 65 a 74 años	11,65	13,86	10,09
De 75 y más años	4,62	7,53	2,65

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 36

Gasto medio en atención dental en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	255,05	260,25	250,82
De 16 a 24 años	92,23	71,82	109,61
De 25 a 34 años	92,15	178,43	202,12
De 35 a 44 años	209,47	184,73	232,85
De 45 a 54 años	278,49	313,13	241,93
De 55 a 64 años	358,97	316,7	393,65
De 65 a 74 años	568,21	947,72	388,64
De 75 y más años	196,4	95,77	243,87

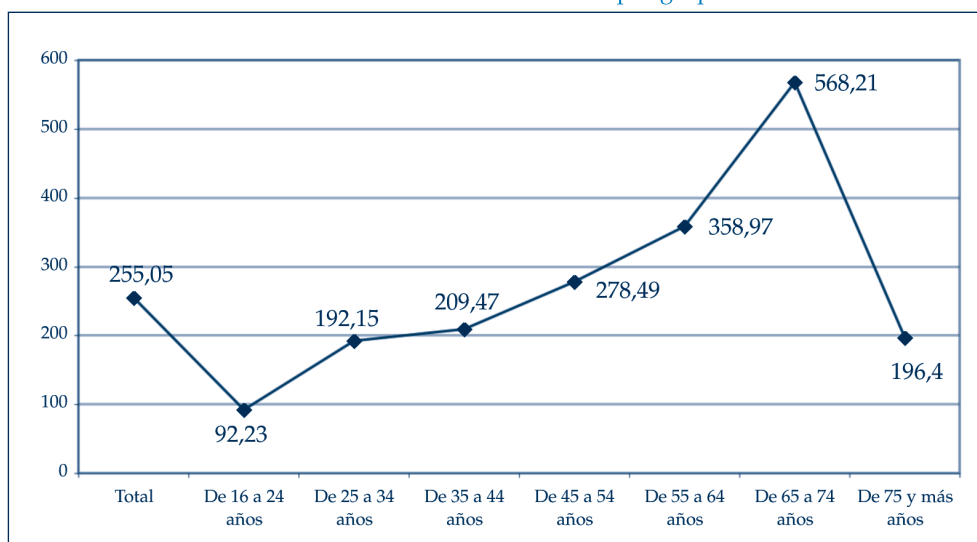
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Tabla 37

75 y más años donde los varones gastan en promedio 7,53 euros, frente a los 2,65 euros de las mujeres.

En cuanto al gasto en atención dental (ver gráfico 53 y tabla 37) se aprecia como la ausencia de una prestación pública común en todas las comunidades autónomas hace que el gasto medio en este tipo de atención sea mucho mayor. Así los hombres gastan un promedio 260,25 euros en este tipo de atención frente a los 250,82 que gastan las mujeres. En este sentido, aunque en promedio no existe mucha diferencia entre el gasto realizado por mujeres y hombres, en cada grupo de edad los resultados varían considerablemente. Por otra parte, existe una tendencia creciente del gasto medio hasta el rango de edad de los 65 a 74 años, a partir de los 74 años el gasto se reduce significativamente.

Gasto medio en atención dental en las últimas 4 semanas por grupos de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 53

Gasto medio en medicamentos recetados por un médico y consumidos en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	10,93	9,24	12,12
De 16 a 24 años	10,12	10,35	9,99
De 25 a 34 años	12,54	8,36	14,82
De 35 a 44 años	14,96	13,83	15,79
De 45 a 54 años	14,91	12,40	16,76
De 55 a 64 años	10,70	9,82	11,39
De 65 a 74 años	10,41	6,64	13,35
De 75 y más años	2,82	3,68	2,25

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

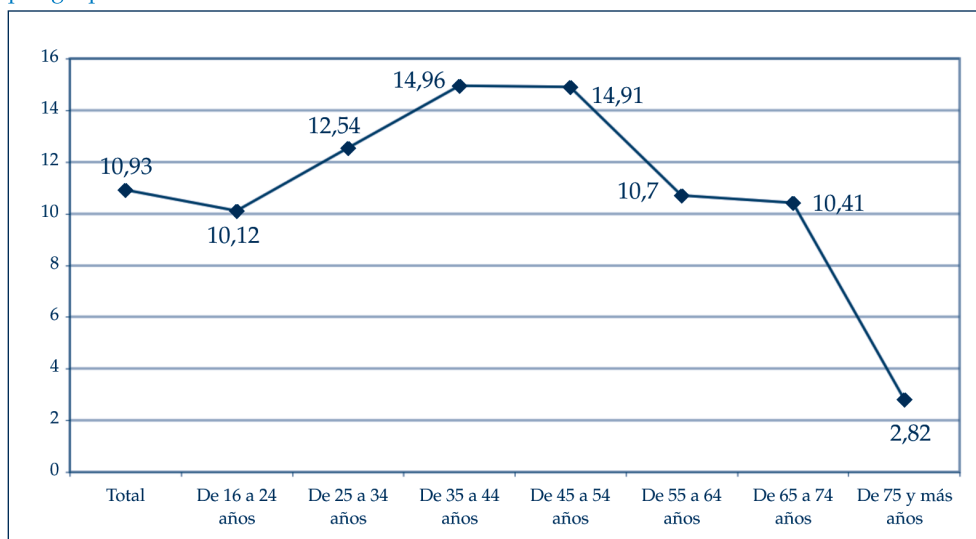
Tabla 38

El patrón en cuanto al gasto en medicamentos (ver gráfico 54 y tabla 38) es similar a lo observado con el gasto en atención médica. La cobertura existente en España respecto a la atención farmacéutica hace que el gasto medio en medica-



mentos realizado en nuestro país sea muy bajo, 9,24 euros para los varones y de 12,12 euros para las mujeres. En relación con la edad, se aprecia claramente la existencia de una tendencia creciente hasta el rango de edad de los 45 a 54 años, a partir de los 56 la tendencia se invierte significativamente. Como se aprecia, este gasto es muy inferior para los grupos de mayor edad, donde la inmensa mayoría de los pensionistas tienen acceso gratuito a todos los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. De hecho, el gasto en medicamentos de las personas de 75 y más años es de 3,68 euros para los varones y de 2,25 para las mujeres, o lo que es lo mismo casi 6 euros menos que la media para los varones y casi 10 para las mujeres. En términos generales, el gasto medio de las mujeres es superior a la de los varones.

Gasto medio en medicamentos recetados por un médico y consumidos en las últimas 2 semanas por grupos de edad. Año 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Gráfico 54

2.5 CONCLUSIONES

En resumen, a partir de los datos que nos ofrecen la ENS 2006 y la EES 2009, se puede afirmar que en España, siguiendo la tendencia que se presenta en la mayor parte de los países industrializados, el grupo de más edad (desde los 65 años y, a partir de esta edad, habitualmente de forma creciente) consume recursos sanitarios en mayor medida que el conjunto de la población. Esto se observa con claridad en la frecuentación a las consultas de atención primaria y de enfermería. Concentran buena parte de la atención sanitaria a domicilio (especialmente en el grupo de mayores de 75 años), siendo usuarios en mayor medida que el conjunto de la población de los recursos de la sanidad pública.

Asimismo, el uso de recursos hospitalarios también es mayor en la población de más edad (el número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes crece de forma muy significativa con la edad), teniendo además mayor intensidad que el resto de la población en el uso de este tipo de recursos, como muestran los indicadores de



estancia media y de duración media del último ingreso, superiores para los grupos de población de más de 65 años a los del conjunto de la población y con tendencia creciente en relación con la edad.

Por otra parte, si bien en los mayores de 65 años el ingreso hospitalario se produce a través del servicio de urgencias (en mayor medida que para el conjunto de la población), la utilización de dichos servicios de urgencias no parece ser mayor con la edad, de manera que, a diferencia de lo que sucede habitualmente, los mayores de 65 años no parecen utilizar el servicio de urgencia en mayor medida que el conjunto de la población en general.

Sí que son individuos a quienes se les practica mayor número de pruebas no urgentes y en mayor proporción que al conjunto de la población, además con mayor frecuencia, especialmente en el caso de pruebas sencillas (análisis) o de seguimiento y control de enfermedades (tomas de tensión arterial o control del colesterol).

Por último, los mayores de 65 años son consumidores de medicamentos en mayor proporción que el conjunto de la sociedad (el 91,6% ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas), aunque para este grupo poblacional el grado de automedicación (medicamentos consumidos sin receta) es inferior a la media.

En cuanto a diferencias relevantes en términos de género para el grupo de edad que estamos considerando (mayores de 65 años), podemos mencionar que los varones frecuentan más las consultas médicas y los hospitales que las mujeres, pero con menor estancia media que éstas últimas. Asimismo, las mujeres consumen fármacos en mayor proporción que los hombres en este segmento de edad, siendo además más tendentes a automedicarse.

CAPÍTULO 3

Evolución demográfica de Castilla-La Mancha y Castilla y León en comparación a Cataluña

3.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En este apartado vamos a realizar una descripción de la evolución demográfica de Castilla-La Mancha y Castilla y León en comparación a Cataluña y el resto de España. El primer aspecto a señalar es la diferencia en lo relativo a la composición de la población por grupos de edad, teniendo Castilla y León un perfil de población más envejecido, ya que la población de 65 y más años representan el 22,49% del total. Este mismo porcentaje es del 17,68% para Castilla-La Mancha, mientras que en el caso de Cataluña y España estos se quedan en el 16,86% y 16,84% respectivamente.

Para analizar de forma más detallada el diferente punto de partida de la población en Castilla-La Mancha y Castilla y León frente a Cataluña o España hemos representado las pirámides de población de los cuatro territorios en el año 2010. Como se observa en los gráficos 18 a 21 las pirámides de población de España y Cataluña tienen una forma similar, mientras que la pirámide Castilla-León es la que más se diferencia del resto, al presentar una población más envejecida que la media nacional y Cataluña. En un punto intermedio, entre la pirámide de España y Castilla y León se encuentra la población de Castilla-La Mancha, algo más envejecida que la media nacional pero no tanto como la de la otra Castilla.

Este distinto punto de partida condicionará el impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario futuro de las distintas comunidades autónomas. Ahora bien, el otro aspecto que influye en el impacto demográfico es el aumento de pobla-

Distribución de la población por grupo de edad en el 2010

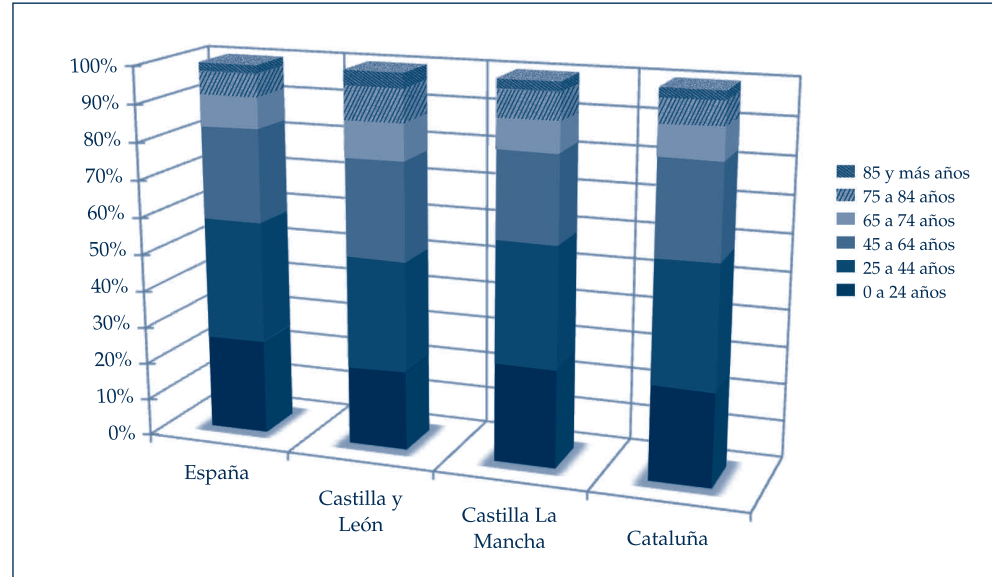


Gráfico 55

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC e INE.

Pirámide de población de España en 2010

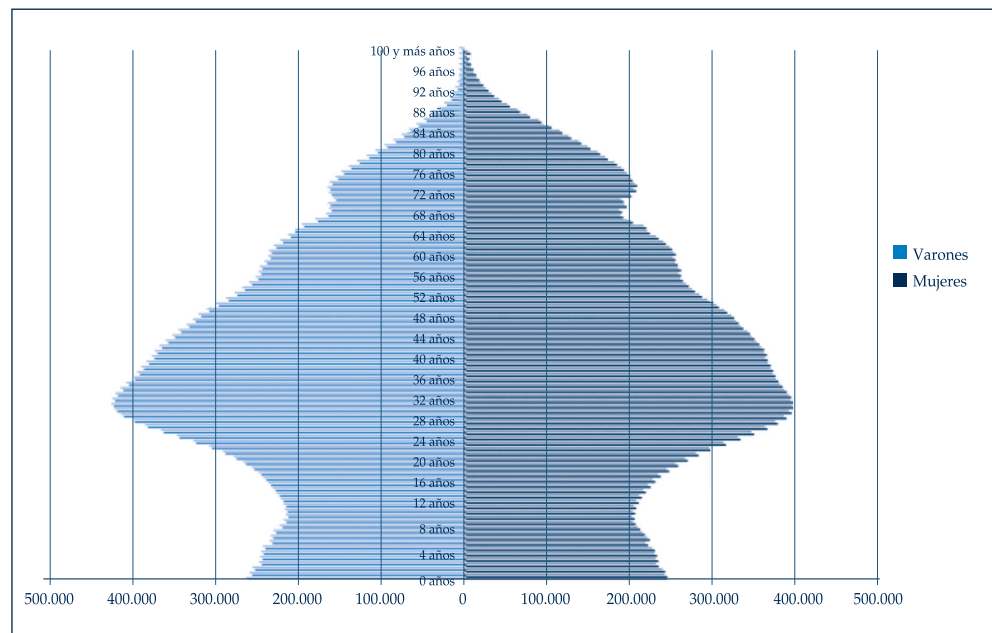


Gráfico 56

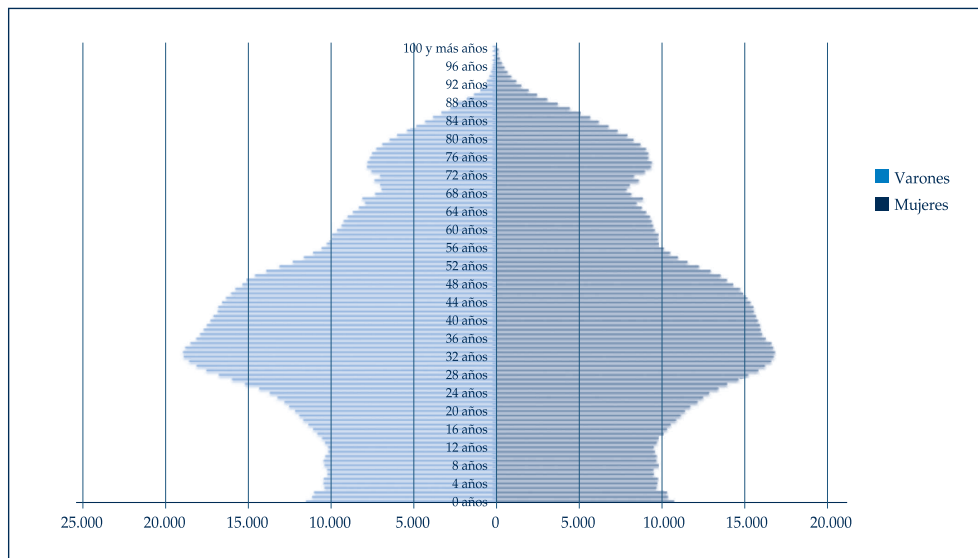
Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

ción, si comprobamos el crecimiento de población de las comunidades autónomas del año 2002 al 2010, vemos que para el conjunto nacional el crecimiento de la población ha sido de 5.024.772 personas, lo que supone una variación del 12,27% respecto a la población del año 2002.

La variación de la población ha sido muy desigual, ya que tenemos comunidades que han incrementado la población un 23% como es el caso de Baleares y otras por el contrario han sufrido un descenso de la misma del 0,36% como es el caso de Asturias. En lo referente a las comunidades autónomas de nuestro estu-



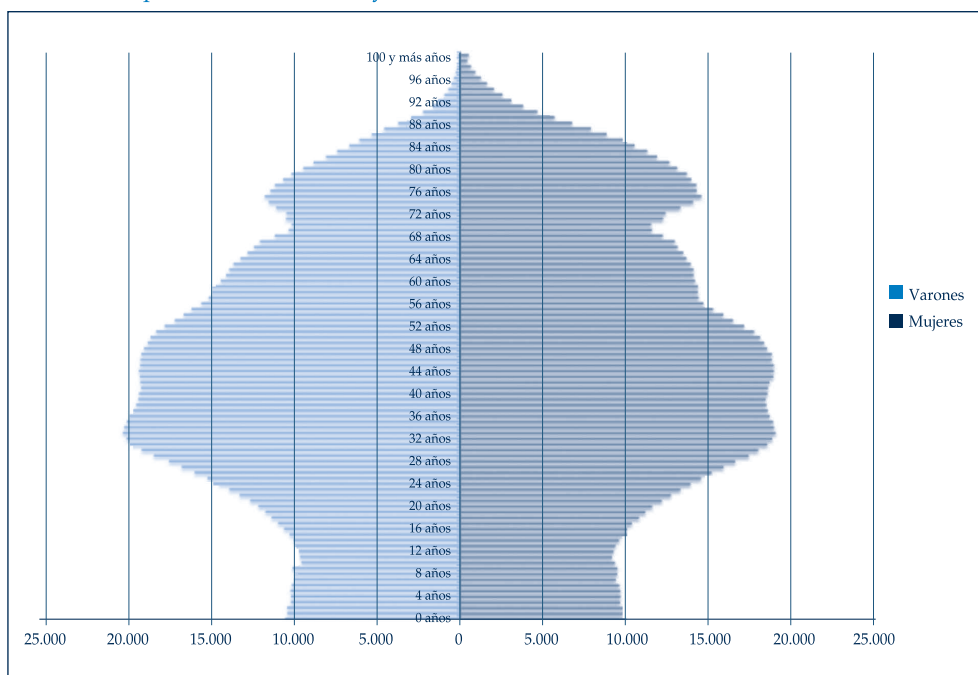
Pirámide de población de Castilla-La Mancha en 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 57

Pirámide de población de Castilla y León en 2010



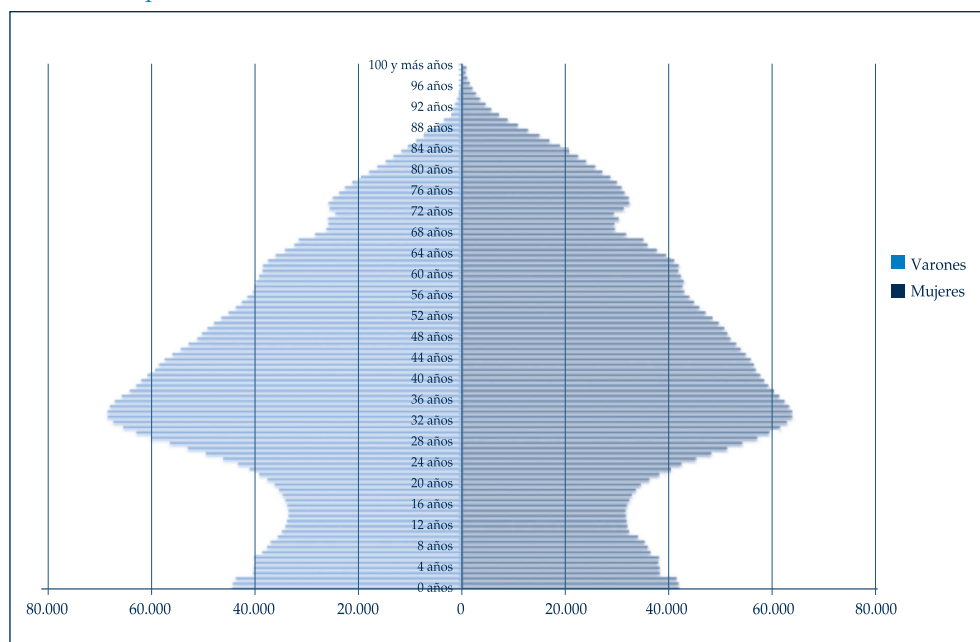
Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 58

do, Cataluña experimenta una variación del 15,09%, superior a la media nacional del 12,27%. Igualmente con una variación mayor que la media se encuentra Castilla-La Mancha con un crecimiento acumulado del 15,64%. Por el contrario Castilla y León es una de las comunidades autónomas que menos crecimiento de la población han registrado en el periodo de tiempo considerado, el 1,82%.

Por tanto, parece que claramente la posición de partida es muy diferente para Castilla y León en comparación a Castilla-La Mancha y Cataluña, ya que su pobla-

Pirámide de población de Cataluña en 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 59

Evolución población de las CC.AA. de 2002 a 2010

Total	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	Variación 2010-2002	% Variación
España	45.989.016	45.828.172	45.283.259	44.474.631	43.758.250	43.038.035	42.345.342	41.663.702	40.964.244	5.024.772	12,27
Andalucía	8.206.076	8.150.467	8.046.131	7.917.397	7.794.121	7.670.365	7.552.978	7.452.598	7.360.469	845.607	11,49
Aragón	1.313.021	1.313.735	1.297.581	1.275.904	1.258.847	1.243.464	1.228.886	1.216.127	1.203.660	109.361	9,09
Asturias	1.058.116	1.058.923	1.059.136	1.058.059	1.058.330	1.059.133	1.060.065	1.060.177	1.061.942	-3.826	-0,36
Balears	1.079.089	1.070.066	1.045.008	1.014.405	985.620	957.953	931.831	906.266	872.836	206.253	23,63
Canarias	2.088.214	2.076.585	2.041.468	1.997.010	1.953.361	1.908.698	1.864.840	1.823.402	1.779.169	309.045	17,37
Cantabria	577.995	576.418	570.613	563.611	557.226	551.085	545.125	539.601	534.915	43.080	8,05
Castilla y León	2.499.159	2.510.545	2.501.860	2.486.166	2.477.128	2.469.303	2.462.169	2.458.637	2.454.546	44.613	1,82
Castilla-La Mancha	2.035.510	2.022.647	1.977.596	1.929.947	1.892.657	1.856.787	1.823.013	1.790.436	1.760.162	275.348	15,64
Cataluña	7.301.132	7.290.292	7.238.051	7.085.308	6.936.148	6.784.145	6.637.355	6.492.936	6.343.786	957.346	15,09
Comunitat Valenciana	4.994.340	4.991.789	4.892.475	4.759.263	4.641.240	4.518.126	4.400.459	4.283.217	4.163.094	831.246	19,97
Extremadura	1.082.796	1.080.439	1.078.908	1.074.419	1.071.339	1.068.799	1.066.149	1.061.367	1.058.148	24.648	2,33
Galicia	2.738.591	2.738.930	2.735.078	2.723.915	2.718.490	2.712.162	2.706.126	2.699.955	2.693.733	44.858	1,67
Madrid	6.335.780	6.295.011	6.189.297	6.052.583	5.938.391	5.821.054	5.705.620	5.573.313	5.426.248	909.532	16,76
Murcia	1.460.671	1.443.383	1.411.623	1.370.802	1.335.347	1.300.083	1.265.983	1.232.986	1.198.606	262.065	21,86
Navarra	619.013	614.526	606.234	596.236	588.306	580.616	573.038	564.608	555.879	63.13	11,36
País Vasco	2.138.590	2.136.061	2.138.739	2.124.235	2.113.052	2.103.441	2.094.909	2.087.972	2.082.258	56.332	2,71
Rioja (La)	314.009	315.718	311.773	306.254	300.821	294.347	288.384	282.074	276.679	37.330	13,49
Ceuta	74.399	72.561	71.989	71.561	71.414	71.372	71.456	71.383	71.585	2.814	3,93
Melilla	72.514	70.076	69.699	67.556	66.412	67.102	66.956	66.647	66.529	5.985	9,00

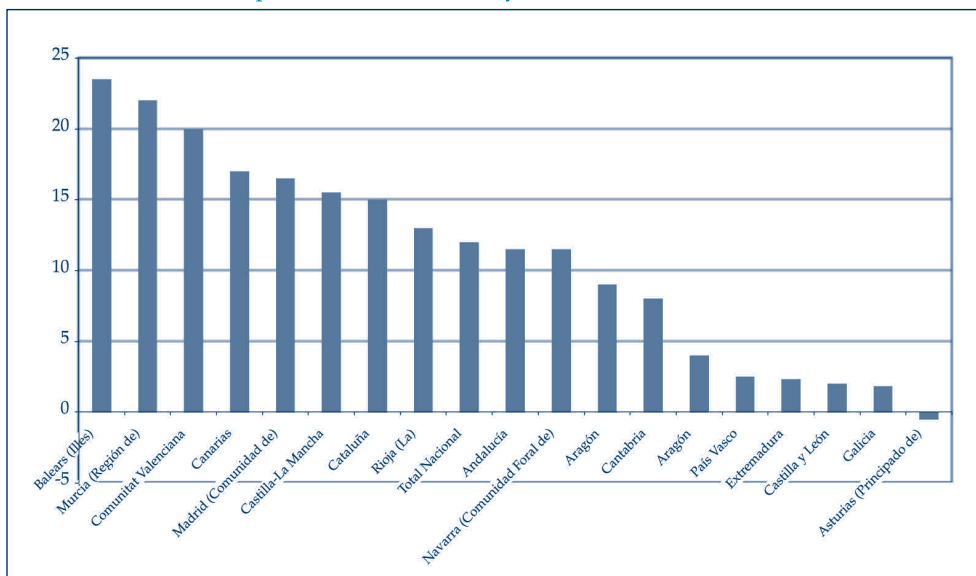
Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Tabla 39



ción ha permanecido prácticamente constante a lo largo de los últimos años, en contraste al fuerte aumento registrado por Castilla-La Mancha y Cataluña. Del mismo modo, la población de Castilla y León es claramente la más envejecida en 2010 de las comunidades consideradas.

Tasa de variación de la población entre el 2010 y el 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 60

Población total y densidad en el 2010

	Población	Superficie	Densidad
Total	46.745.807	505.938	92,39
Andalucía	8.302.923	87.598	94,78
Asturias (Principado de)	1.085.289	10.604	102,35
Baleares (islas)	1.095.426	4.992	219,45
Canarias	2.103.992	7.447	282,53
Cantabria	589.235	5.321	110,73
Castilla y León	2.563.521	94.226	27,21
Castilla-La Mancha	2.081.313	79.462	26,19
Cataluña	7.475.420	32.113	232,78
Comunidad Valenciana	5.094.675	23.255	219,08
Extremadura	1.102.410	41.582	26,51
Galicia	2.796.089	29.574	94,54
Madrid (Comunidad de)	6.386.932	8.028	795,61
Murcia (Región de)	1.446.520	11.313	127,86
Navarra (Comunidad Foral de)	630.578	10.390	60,69
País vasco	2.172.175	7.235	300,23
Rioja (La)	321.702	5.045	63,76

Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Tabla 40

Por último, nos gustaría señalar otro elemento diferencial de estas dos comunidades frente a Cataluña y la media nacional como es el aspecto de la dispersión. La densidad de población media en España es de 92 personas por km², siendo este valor muy superior en el caso de Cataluña donde se llega a las 232,78 personas por km². En el extremo opuesto se encuentran Castilla-La Mancha y Castilla y León, ya que son las dos comunidades autónomas con menor densidad de población con unos índices de 26,19 y 27,21 respectivamente. Esta baja dispersión poblacional es un elemento diferencial que influye directamente en el gasto sanitario y que debe tenerse en cuenta a la hora de estimar el efecto del incremento del gasto sanitario necesario para atender a una población más envejecida en el futuro.

3.2 PROYECCIONES DE POBLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Para el cálculo de la población futura por comunidades autónomas se ha utilizado la proyección de la población de España a corto plazo (INE, 2009), que proporciona una previsión de la población que residirá en España, sus comunidades autónomas y provincias en los próximos diez años, así como de la evolución de cada uno de los fenómenos demográficos básicos en cada uno de esos ámbitos territoriales en cada año del periodo proyectivo.

De esta forma, sus resultados ofrecen la cifra de población residente a 1 de enero de cada año del periodo 2010-2020 en cada uno de los ámbitos territoriales considerados (España, comunidades autónomas y provincias). Igualmente, proporcionan los eventos demográficos (nacimientos, defunciones y movimientos migratorios) que han dado lugar a la evolución del volumen y estructura de la población en cada uno de los ámbitos geográficos considerados que tales cifras poblacionales representan. Ambos tipos de magnitudes, stocks de población y flujos demográficos, se encuentran desagregadas de acuerdo a características demográficas básicas, como el sexo, la edad y la generación.

Hay que tener en cuenta, que desde el año 2008, el INE ya no presenta dos escenarios de evolución de la población, sino un único escenario en función del análisis retrospectivo de cada uno de los fenómenos demográficos básicos. De esta forma, haciendo uso de la información demográfica más actualizada disponible, se ha podido establecer una hipótesis sobre la incidencia futura de los fenómenos demográficos básicos, en cada nivel territorial y en cada año del periodo proyectivo, cuantificada en tasas específicas de fecundidad por edad, tasas específicas de mortalidad por sexo y generación, tasas específicas por sexo y edad de emigración exterior y de migración interior interprovincial, así como en flujos de inmigración exterior para cada sexo y edad.

Por este motivo, las estimaciones de población utilizadas en nuestro trabajo difieren de las utilizadas por Casado (Casado, 2009), por lo que nuestros resultados no son estrictamente comparables. Ahora bien, tal como veremos a continuación las diferencias existentes en las estimaciones de la población futura no deberían introducir diferencias significativas entre ambas estimaciones de evolución del gasto sanitario futuro de las diferentes comunidades autónomas.

Según las estimaciones del INE la población total de España pasará de los 45.989.016 millones a los 47.234.924 millones, lo que supone un crecimiento de 1,2 millones del 2010 al 2020 (un 2,70%), frente a los 5,9 millones de incremento (14,8%) en la primera década del siglo XXI. En promedio anual, el crecimiento demográfico sería de 124.591 habitantes, muy inferior a los 593.931 de la pasada década. Esta evolución se explica a partir de un paulatino descenso de la natalidad desde 2009, determinado por la propia estructura de la nuestra pirámide poblacional, ya que en los próximos años cada vez entrarán menos mujeres en edad fértil



Proyecciones de población por comunidad autónoma de 2010 a 2020

	2010	2012	2014	2016	2018	2020
España	45.989.016	46.300.458	46.585.394	46.836.709	47.052.263	47.234.924
Andalucía	8.206.076	8.299.788	8.389.468	8.472.428	8.547.892	8.616.039
Aragón	1.313.021	1.325.844	1.337.935	1.349.330	1.359.984	1.369.998
Asturias (Principado de)	1.058.116	1.051.624	1.045.014	1.038.248	1.031.231	1.023.971
Balears (Illes)	1.079.089	1.096.516	1.111.878	1.125.408	1.137.304	1.147.803
Canarias	2.088.214	2.107.919	2.125.094	2.139.600	2.151.540	2.161.130
Cantabria	577.995	582.717	586.988	590.744	593.938	596.594
Castilla y León	2.499.159	2.490.022	2.480.855	2.471.573	2.462.039	2.452.298
Castilla-La Mancha	2.035.510	2.066.173	2.094.199	2.120.107	2.144.039	2.166.289
Cataluña	7.301.132	7.316.881	7.331.192	7.342.695	7.351.099	7.356.953
Comunitat Valenciana	4.994.340	5.025.684	5.054.233	5.078.691	5.098.920	5.115.380
Extremadura	1.082.796	1.084.335	1.085.346	1.085.968	1.086.173	1.086.024
Galicia	2.738.591	2.732.627	2.725.375	2.716.733	2.706.398	2.694.345
Madrid (Comunidad de)	6.335.780	6.416.813	6.492.399	6.561.431	6.623.528	6.679.099
Murcia (Región de)	1.460.671	1.480.451	1.499.436	1.517.068	1.533.281	1.548.183
Navarra (Comunidad Foral)	619.013	627.077	634.560	641.351	647.412	652.801
País Vasco	2.138.590	2.132.500	2.125.555	2.117.234	2.107.341	2.095.999
Rioja (La)	314.009	313.005	312.166	311.422	310.719	310.046

Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Unidades: personas.

Tabla 41

Proyecciones de población por comunidad autónoma (2010=100)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
España	100,00	100,34	100,68	101,00	101,30	101,58	101,84	102,09	102,31	102,52	102,71
Andalucía	100,00	100,57	101,14	101,70	102,23	102,75	103,25	103,72	104,17	104,59	105,00
Aragón	100,00	100,50	100,98	101,44	101,90	102,34	102,77	103,18	103,58	103,96	104,34
Asturias (Principado de)	100,00	99,70	99,39	99,08	98,76	98,44	98,12	97,79	97,46	97,12	96,77
Balears (Illes)	100,00	100,84	101,61	102,35	103,04	103,69	104,29	104,86	105,39	105,90	106,37
Canarias	100,00	100,48	100,94	101,37	101,77	102,13	102,46	102,76	103,03	103,28	103,49
Cantabria	100,00	100,42	100,82	101,20	101,56	101,89	102,21	102,49	102,76	103,00	103,22
Castilla y León	100,00	99,82	99,63	99,45	99,27	99,08	98,90	98,71	98,51	98,32	98,12
Castilla-La Mancha	100,00	100,78	101,51	102,21	102,88	103,53	104,16	104,76	105,33	105,89	106,42
Cataluña	100,00	100,11	100,22	100,32	100,41	100,50	100,57	100,63	100,68	100,73	100,76
Comunitat Valenciana	100,00	100,32	100,63	100,92	101,20	101,45	101,69	101,90	102,09	102,27	102,42
Extremadura	100,00	100,08	100,14	100,19	100,24	100,27	100,29	100,31	100,31	100,31	100,30
Galicia	100,00	99,90	99,78	99,66	99,52	99,37	99,20	99,02	98,82	98,61	98,38
Madrid (Comunidad de)	100,00	100,65	101,28	101,89	102,47	103,03	103,56	104,07	104,54	104,99	105,42
Murcia (Región de)	100,00	100,67	101,35	102,01	102,65	103,27	103,86	104,43	104,97	105,49	105,99
Navarra (Comunidad Foral)	100,00	100,66	101,30	101,92	102,51	103,07	103,61	104,11	104,59	105,04	105,46
País Vasco	100,00	99,86	99,72	99,56	99,39	99,20	99,00	98,78	98,54	98,28	98,01
Rioja (La)	100,00	99,84	99,68	99,54	99,41	99,29	99,18	99,06	98,95	98,84	98,74

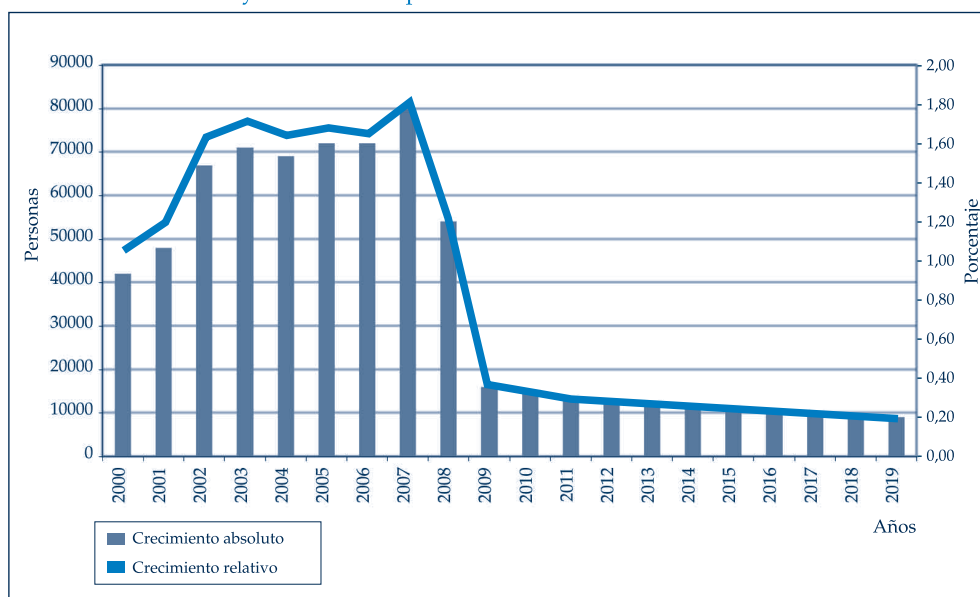
Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Tabla 42

debido a la crisis de natalidad de los años 80 y primeros 90. Esta caída de la natalidad se produce a pesar del mantenimiento de la tendencia positiva de la tasa de fecundidad de la última década, ya que a pesar de un aumento del número medio de hijos por mujer de los 1,51 en 2019, frente a 1,40 en 2009, la evolución de los nacimientos seguirá siendo decreciente.

Por otro lado, y suponiendo que se mantendrán los ritmos de reducción de la incidencia de la mortalidad actualmente observados, la esperanza de vida al nacimiento se incrementaría tanto en los varones (en 1,7 años hasta los 80,1 años) como en las mujeres (en 1,5 hasta los 86,1 años). Al mismo tiempo, la esperanza de vida de aquellos que cumplan 65 años aumentaría en más de un año en cada sexo (hasta 19,1 años en los varones y 23,1 años en las mujeres) en los 10 próximos años. Ahora bien, a pesar del aumento en la esperanza de vida, el número de defunciones de residentes en España continuaría con su tendencia creciente, a un ritmo promedio de unos 3.000 más cada año, debido al progresivo envejecimiento de la estructura de la población.

Crecimiento absoluto y relativo de la población total de 2000 a 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Unidades: personas escala derecha y % escala izquierda.

Gráfico 61

En relación al saldo migratorio las nuevas proyecciones del INE estiman que el flujo inmigratorio alcanzaría en 2010 un nivel cercano a los 460.000 inmigrantes, ligeramente inferior al observado en 2009. Este dato supone una reducción del 54,4% respecto al millón de personas que entraron en España procedentes del extranjero durante 2007. Por otra parte, la proyección se realiza manteniendo en un nivel constante para los próximos diez años tanto el flujo inmigratorio como la propensión de la población a emigrar al extranjero, previstos a día de hoy para 2010. De ello resulta un saldo migratorio exterior de 684.672 personas en el periodo 2010-2019, situándose por debajo de las 80.000 personas en la casi totalidad de los años de dicho periodo.

Desde el punto de vista de las comunidades autónomas esta evolución es muy desigual. En términos generales, la reducción del flujo inmigratorio procedente del extranjero y el propio envejecimiento poblacional reduce el potencial de

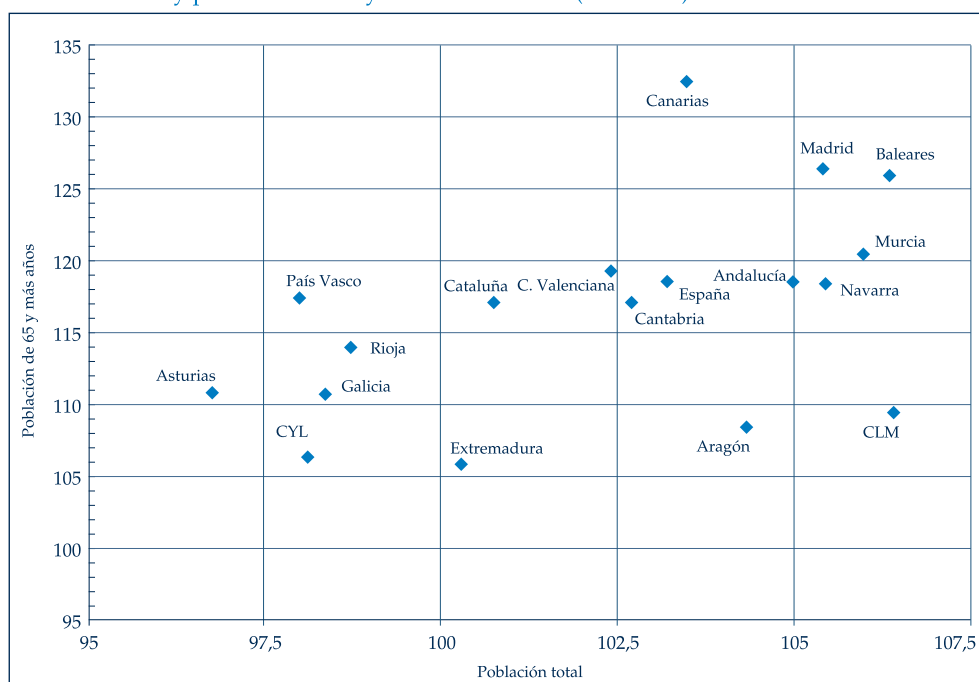


crecimiento demográfico en todas las regiones de España. De hecho, según las proyecciones realizadas por el INE cinco comunidades registrarían decrecimientos poblacionales: Principado de Asturias (-3,2%), País Vasco (-2,0%), Castilla y León (-1,9%), Galicia (-1,6%) y La Rioja (-1,3%). En la gran mayoría de ellas el número de nacimientos se vería claramente superado por el de defunciones. Hay que destacar que siete comunidades autónomas el saldo vegetativo del periodo 2010-2019 sería negativo, destacando los casos de Galicia (-108.211), Castilla y León (-92.933) y el Principado de Asturias (-57.244). En el otro extremo se situarían Castilla-La Mancha (6,4%), Islas Baleares (6,4%), Murcia (6,0%), la Comunidad Foral de Navarra (5,5%), Comunidad de Madrid (5,4%) y Andalucía (5,0%).

Por tanto, las variaciones oscilan entre una disminución del 3,22% en Asturias a un incremento máximo de 6,42% en Castilla-La Mancha. Esta comunidad, es pues la que más verá crecer su población en los próximos 10 años. Por su parte, Cataluña mantendrá prácticamente constante su población con un crecimiento del 0,76%. Castilla y León, por su contra, es una de las comunidades que reduce su población en el periodo de tiempo considerado, con una tasa de variación del 1,87%. Por tanto, las tres comunidades presentan un escenario poblacional bien diferenciado: una es la comunidad con mayor crecimiento de población, Castilla-La Mancha; otra presenta una evolución prácticamente constante, Cataluña; y, la tercera, registra un descenso de la población. Estas divergencias implicarán un efecto demográfico diferente sobre el gasto sanitario futuro de estas tres comunidades.

En términos generales una mayor población en 2020 implica una mayor proporción de población de 65 y más años para la mayoría de comunidades. El caso de Castilla-La Mancha, con el mayor crecimiento de población, es atípico al no incrementarse significativamente el porcentaje de población de 65 y más años respecto

Población total y población de 65 y más años en 2020 (2010=100)



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

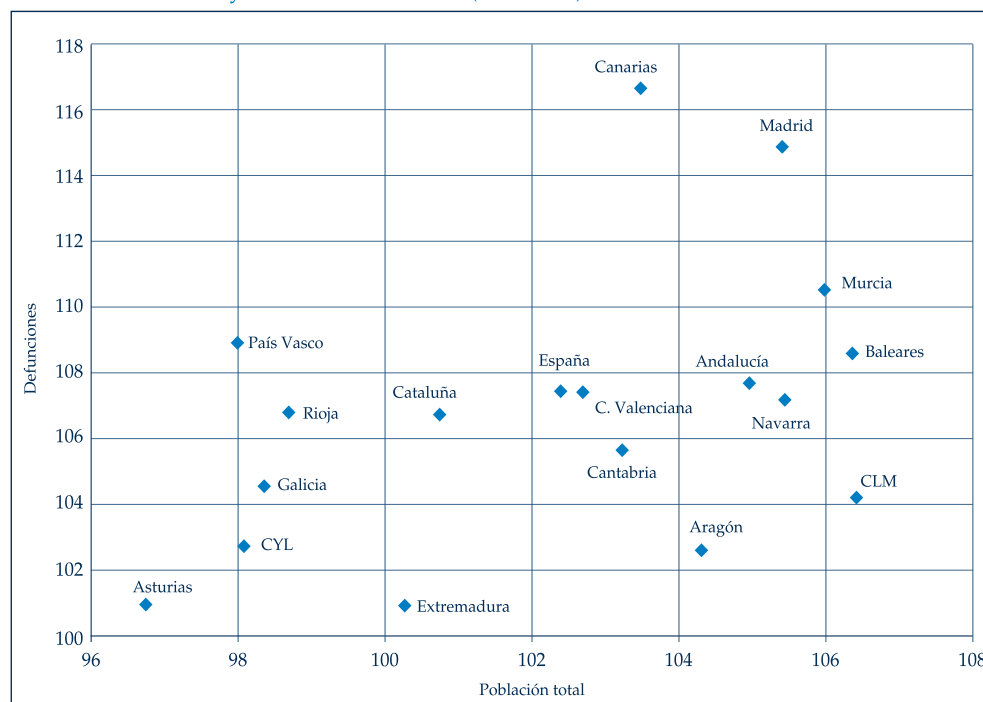
Proyecciones de defunciones por comunidad autónoma de 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
España	100,00	100,97	101,92	102,85	103,74	104,58	105,38	106,11	106,79	107,42
Andalucía	100,00	100,88	101,78	102,68	103,58	104,46	105,32	106,14	106,93	107,69
Aragón	100,00	100,62	101,16	101,62	102,00	102,28	102,47	102,58	102,62	102,60
Asturias (Principado de)	100,00	100,44	100,81	101,09	101,28	101,38	101,39	101,30	101,14	100,90
Balears (Illes)	100,00	100,88	101,79	102,73	103,69	104,65	105,64	106,63	107,62	108,62
Canarias	100,00	101,60	103,31	105,11	106,97	108,88	110,82	112,78	114,74	116,71
Cantabria	100,00	100,74	101,50	102,25	102,95	103,61	104,21	104,74	105,22	105,62
Castilla y León	100,00	100,63	101,19	101,69	102,11	102,42	102,64	102,75	102,78	102,73
Castilla-La Mancha	100,00	100,67	101,32	101,93	102,47	102,94	103,35	103,67	103,94	104,14
Cataluña	100,00	100,97	101,90	102,78	103,61	104,37	105,07	105,70	106,26	106,77
Comunitat Valenciana	100,00	100,94	101,87	102,78	103,66	104,49	105,29	106,05	106,77	107,46
Extremadura	100,00	100,24	100,47	100,69	100,86	100,99	101,05	101,06	101,00	100,89
Galicia	100,00	100,66	101,30	101,90	102,47	102,98	103,45	103,86	104,22	104,52
Madrid (Comunidad de)	100,00	101,73	103,48	105,23	106,96	108,64	110,29	111,88	113,41	114,88
Murcia (Región de)	100,00	101,36	102,68	103,98	105,22	106,41	107,55	108,62	109,62	110,56
Navarra (Comunidad Foral)	100,00	101,01	101,98	102,89	103,75	104,55	105,30	105,97	106,59	107,17
País Vasco	100,00	101,26	102,48	103,64	104,74	105,75	106,68	107,51	108,25	108,89
Rioja (La)	100,00	101,23	102,35	103,36	104,24	104,97	105,60	106,09	106,48	106,80

Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Tabla 43

Población total 2020 y defunciones en 2019 (2010=100)

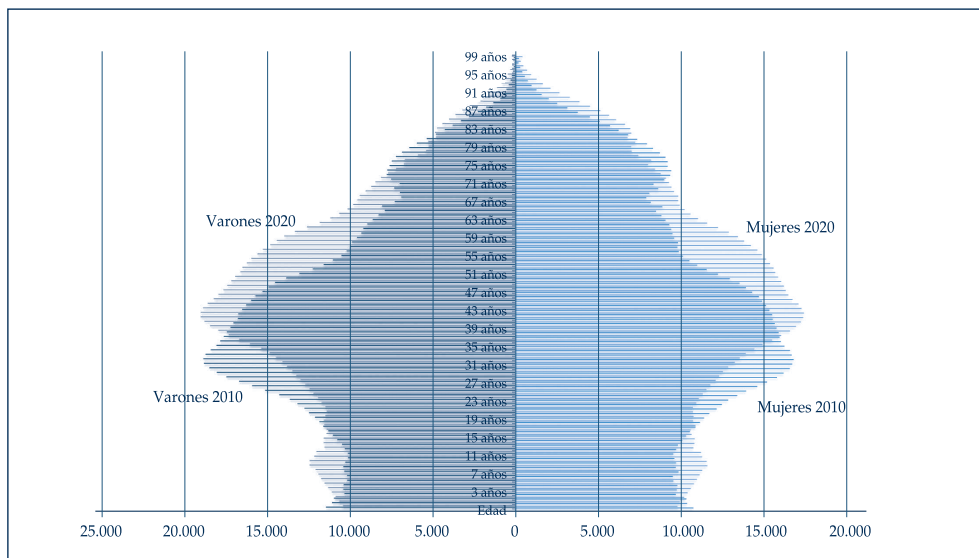


Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 63



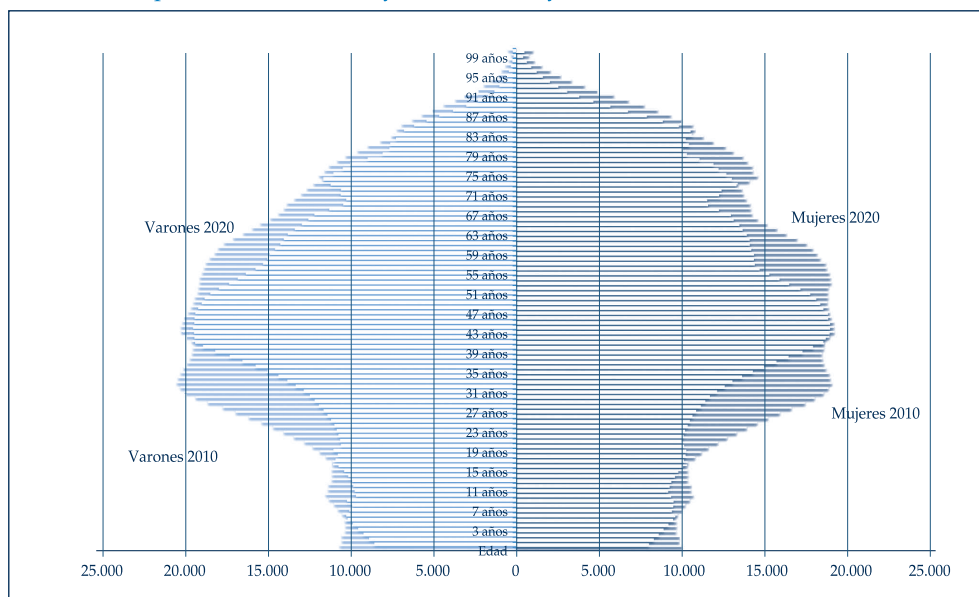
Pirámides de población de Castilla-La Mancha en 2010 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 64

Pirámides de población de Castilla y León en 2010 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

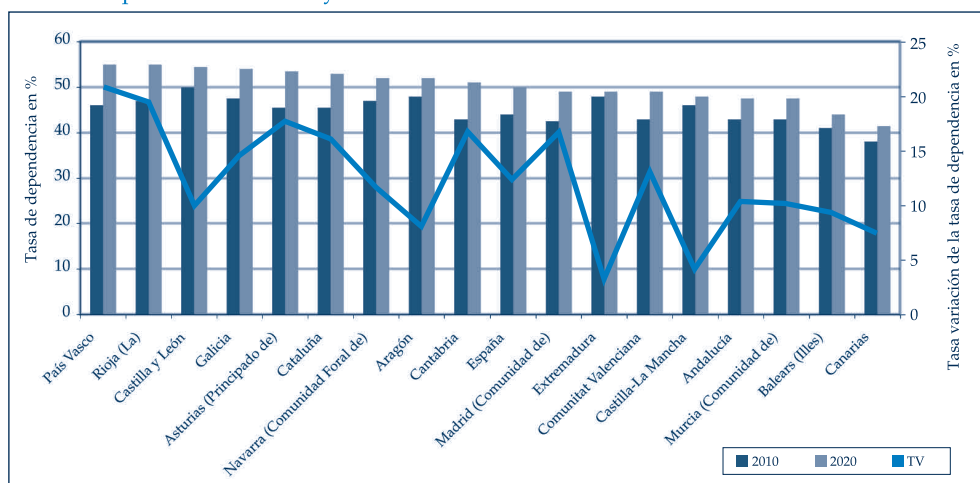
Gráfico 65

al año 2010. Castilla y León tiene un decrecimiento poblacional, siendo la segunda población con un crecimiento más bajo, después de Extremadura en el porcentaje de población de 65 y más años. Por el contrario, Cataluña con un crecimiento poblacional moderado si experimenta un aumento importante de la población de más de 65 años en comparación al año 2010. Si consideramos el resto de comunidades podríamos diferenciar dos grupos, aquellas con crecimiento muy importante de la población mayor: Canarias, Madrid, Baleares y Murcia; y un grupo con un aumento muy pequeño en 2020 del peso de la población de 65 y años en comparación a 2010: Extremadura, Castilla y León, Aragón y Castilla-La Mancha. Hay

que señalar que este mayor envejecimiento implica un mayor número de defunciones, motivo por el que las comunidades que más aumentan el número de defunciones respecto al que experimentaban en 2010 son Canarias, Madrid y Murcia; mientras en las que menos aumenta la mortalidad son en Asturias, Extremadura y Castilla y León.

Con todo ello, la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría en seis puntos en los próximos 10 años, hasta el 55,3%. Las comunidades que reflejan un mayor aumento en dicha tasa son el País Vasco, La Rioja y Castilla y León. Cataluña experimenta un aumento en la tasa de dependencia superior a la media nacional, siendo Castilla-La Mancha la única de las tres relevantes para nuestro estudio que tienen un aumento menor que la media nacional en la tasa de dependencia.

Tasa de dependencia en 2010 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Gráfico 66

En resumen, hay que señalar que el cambio metodológico del INE en relación a las estimaciones de población a corto plazo, hace que en nuestros cálculos sólo debamos utilizar un escenario de evolución futura de la población a diferencia de lo utilizado por Casado et al. 2009. Sin embargo, lo dibujado en dicho trabajo sobre la evolución futura de las comunidades autónomas se mantiene con las nuevas proyecciones. En lo relativo a las tres comunidades objeto de la comparación en el apartado siguiente Castilla y León, es la que presenta un mayor envejecimiento, y la única que experimentará una contracción de su población en 2020, sin que el peso de la población mayor se incremente de forma sustancial. Por el contrario, Castilla-La Mancha presenta hoy una población más envejecida que la media, pero su peso no crecerá mucho en el 2020 como consecuencia de ser la comunidad autónoma que más incrementará su población total a lo largo de la próxima década.

Por último, Cataluña con un crecimiento moderado si experimentará un envejecimiento importante de su población en comparación al año 2010. Estos aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de calcular el impacto que la demografía va a tener sobre el gasto sanitario público de estas comunidades.



CAPÍTULO 4

Estimación del gasto sanitario de Castilla-La Mancha y Castilla y León en función de la evolución demográfica futura

4.1 INTRODUCCIÓN

Hay que señalar, que hasta la publicación reciente de un informe de la Fundación BBVA (Cabasés Hita, 2010), los trabajos de Casado (Casado, 2009) y Puig (Puig-Junoy et al., 2005) eran los únicos que habían realizado una estimación del impacto de la demografía sobre el gasto sanitario de las comunidades autónomas⁸, ya que el resto de trabajos se habían centrado únicamente en obtener resultados para el conjunto de la nación. De hecho, los trabajos previos impulsados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPS) sobre el gasto sanitario público (Instituto de Estudios Fiscales, 2007, Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005) presentaron perfiles de utilización de servicios sanitarios por grupo de edad, pero únicamente estimaron los efectos de las previsiones demográficas sobre el gasto a nivel nacional. En esta misma línea, puede encuadrarse el trabajo previo realizado por Ahn y financiado por la Fundación BBVA sobre gasto sanitario y envejecimiento (Ahn et al., 2003).

La novedad de nuestro trabajo reside en la utilización de **fuentes directas** de las dos comunidades autónomas seleccionadas. De todos los trabajos citados sólo los de Cabasés,

⁸ Una estimación previa del impacto de la demografía sobre el gasto sanitario de las CC.AA. utilizando la misma metodología que la empleada por Cabasés en 2010 fue realizada por la FGC y el IMW y puede encontrarse en portal web <http://www.gastosanitario.info/>.



Casado y Puig realizan estimaciones de gasto sanitario futuro a nivel autonómico. Sin embargo, su aproximación y metodología difieren sustancialmente. En el trabajo de Cabaés se utilizan los perfiles de gasto sanitario público por grupos de edades estimados por el MSPS en el año 2005 para el conjunto nacional (Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), 2005) y las proyecciones de población de las CC.AA. realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009). Por su parte, el trabajo de Casado, financiado por la Fundación Pfizer, se centra en la estimación del impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CC.AA. utilizando para su estimación los microdatos de más de 500.000 usuarios del Registro General de Asegurados (RCA) del Servei Català de la Salut (CatSalut) y los datos de la ENS de 2006 para estimar la utilización de la asistencia sanitaria en primaria por grupo de edad y sexo. Al igual que en el caso de Cabaés, las estimaciones de población se obtienen a partir del INE. Sin entrar en otras diferencias metodológicas existentes entre los dos estudios, ambos utilizan unos perfiles de gasto por edades calculados para un único territorio, España y Cataluña, para posteriormente extrapolarlos a los perfiles de gasto sanitario del resto de comunidades autónomas que configuran el Sistema Nacional de Salud. Este supuesto es válido siempre y cuando la utilización de recursos por grupo de edad sea muy similar entre comunidades, ya que de no ser así la extrapolación de un perfil de gasto sanitario por grupo de edad no representativo supondría la asunción de una estructura errónea para la estimación del gasto futuro de cada una de las comunidades que difiriesen del patrón utilizado en cada caso. (Casado, 2009).

La elección de estas dos comunidades se debe a diversos motivos: el primero a tener un mayor envejecimiento que la media nacional y que Cataluña. Así en el 2010, el porcentaje de mayores de 65 años en España alcanzaba el 16,84%, muy similar al registrado en Cataluña 16,86%. Sin embargo en Castilla y León los mayores de 65 años representan el 22,49% y en Castilla-La Mancha el 17,68%. En segundo término la dispersión de la población es igualmente muy diferente en estas dos comunidades en comparación con la media nacional. Así la densidad de población en España alcanzaba las 92,39 personas por km², mientras Cataluña alcanzaba las 232,78 personas por km². Sin embargo, en Castilla y León y Castilla-La Mancha estos valores son respectivamente de 27,21 y de 26,19 personas por km². Estas diferencias pueden implicar un gasto sanitario público y unos patrones de gasto igualmente distintos a los de Cataluña o la media nacional.

Por este motivo, nuestro objetivo es obtener la estimación del gasto sanitario futuro de estas dos comunidades, utilizando perfiles de gasto obtenidos a través de los sistemas de información sanitaria del SESCAM y del SACYL. Para ello, al igual que en el caso de Casado hemos preferido utilizar datos de las propias comunidades, más que estimar los perfiles de utilización a partir de encuestas. Por este motivo, se firmaron dos acuerdos de colaboración con el SESCAM y el SACYL para que nos pudiesen suministrar la información necesaria para la realización de este trabajo.



Los datos que hemos utilizado provienen pues de los sistemas de información de los servicios regionales de salud de las dos comunidades estudiadas. A diferencia del trabajo de Casado nosotros no hemos utilizado los datos de los asegurados, sino que hemos pedido a las áreas de primaria, farmacia y especializada que nos diesen la información necesaria en cada caso desglosada por grupo de edad y sexo para poder estimar los perfiles de utilización de estos tres tipos de recursos y así poder calcular el gasto sanitario futuro con la utilización de las proyecciones de población realizadas por el INE y comentadas en el apartado cuarto del presente informe. En el apartado siguiente comentaremos brevemente las fuentes de datos utilizadas y la metodología empleada.

4.2 FUENTES DE DATOS EMPLEADAS Y METODOLOGÍA

La realización del presente trabajo ha supuesto la utilización de diversas fuentes de información y la elaboración de distintos perfiles de gasto sanitario para poder realizar la estimación del impacto demográfico sobre el gasto sanitario público de Castilla y León y Castilla-La Mancha. Para la descripción de las distintas fuentes de información seguiremos el orden que plantea Casado en su trabajo.

Al igual que en el caso de Casado hemos optado por escoger como año base el último para el que existen datos reales de gasto. En nuestro caso, el último disponible es el 2008 recientemente publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a través de la cuenta satélite del gasto sanitario público (MSPS, 2010). Este año base será el que se utilice para llevar a cabo las proyecciones. Al estar circunscrito nuestro análisis a dos comunidades autónomas sólo consideramos el gasto sanitario público que realizan estas dos comunidades. Por tanto, nuestro análisis incluye el gasto sanitario público realizado por los gobiernos autonómicos que representa el 91,01% del total, dejando fuera el resto de gastos realizados por otros organismos públicos como las Corporaciones Locales (1,73%), la Administración Central (1,40%), el Sistema de Seguridad Social (2,88%), las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (0,02%) y las Mutualidades de Funcionarios (2,96%).

Dentro del gasto sanitario de las comunidades autónomas hemos considerado la distribución funcional del mismo que aportan las cuentas satélites del gasto sanitario público. De esta forma, hemos considerado para cada Comunidad Autónoma la cuantía en 2008 de las siguientes cuatro partidas de gasto: 1) los servicios primarios de salud, que incluyen la asistencia sanitaria en los centros de salud; 2) farmacia, que contabiliza el gasto en medicamentos con receta pero no incorpora los medicamentos utilizados en los hospitales; 3) los servicios hospitalarios y especializados que tiene en cuenta la atención recibida en los hospitales y las consultas de especialista, así como las pruebas diagnósticas llevadas a cabo en los diferentes hospitales; y 4) otros gastos que incluyen los servicios de salud pública, los servicios colectivos de salud los gasto de capital, el traslado, prótesis y aparatos terapéuticos. Hay que tener en cuenta que las tres primeras partidas a las que denominaremos en adelante atención primaria, atención farmacéutica y atención hospitalaria concentran la mayor parte del

gasto sanitario público de las CC.AA. al representar el 91,30% del total. Por partidas, la atención hospitalaria alcanza el 56,65%, la atención primaria el 14,62% y la atención farmacéutica el 20,03%.

Gasto sanitario público: aportación sectorial

Miles de euros corrientes	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
Administración Central	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196
Sistema de Seguridad social	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668
Mutualidades de funcionarios	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070
Comunidades Autónomas	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.541.473	60.629.908
Ciudades con Estatuto de Autonomía	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635
Corporaciones locales	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742
GASTO SANITARIO PÚBLICO	38.563.045	42.956.889	46.348.898	50.586.839	55.683.290	60.222.610	66.621.219

Estructura porcentual	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
Administración Central	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,40
Sistema de Seguridad social	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,04	2,88
Mutualidades de funcionarios	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,96
Comunidades Autónomas	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,57	91,01
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Corporaciones locales	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,73
GASTO SANITARIO PÚBLICO	100	100	100	100	100	100	100

Variación interanual		03 / 02	04 / 03	05 / 04	06 / 05	07 / 06	08 / 07
Administración Central		25,62	-2,07	5,59	21,96	10,08	3,35
Sistema de Seguridad social		1,78	7,89	8,75	11,20	3,74	4,69
Mutualidades de funcionarios		9,01	6,24	4,10	4,04	4,79	6,32
Comunidades Autónomas		11,60	8,25	9,46	10,16	8,35	11,16
Ciudades con Estatuto de Autonomía		0,86	7,38	11,14	7,40	6,16	17,53
Corporaciones locales		13,74	2,39	6,49	6,25	10,29	6,89
GASTO SANITARIO PÚBLICO		11,39	7,90	9,14	10,07	8,15	10,62

Fuente: Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público

Tabla 44

Gasto sanitario público: clasificación funcional

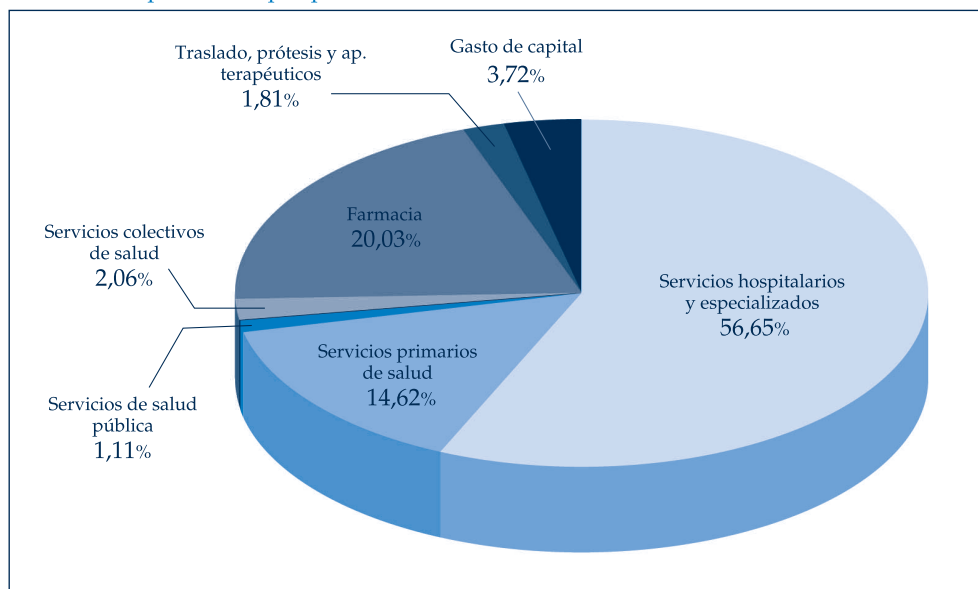
	2004	2005	2006	2007	2008
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.541.473	60.629.908
Servicios hospitalarios y especializados	22.610.358	24.977.515	27.817.653	30.169.494	34.345.041
Servicios primarios de salud	5.912.165	6.485.673	7.013.671	7.968.873	8.863.358
Servicios de salud pública	469.788	514.862	602.433	712.556	674.753
Servicios colectivos de salud	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.247.487
Farmacia	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	629.166	702.451	868.937	965.428	1.097.791
Gasto de capital	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263

Unidad: Miles de euros corrientes. Fuente: Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público.

Tabla 45



Distribución porcentual por partidas funcionales del GSP en 2008



Fuente: Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público.

Gráfico 67

Otro de los elementos básicos para estimar el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario público de las comunidades autónomas son los perfiles de gasto sanitario por grupo de edad y sexo. La elaboración de los perfiles de gasto tanto en atención primaria como en hospitalaria y farmacia se han elaborado a partir de diversas bases de datos administrativas de los sistemas regionales de salud de Castilla-La Mancha y Castilla y León. En el caso de la atención primaria hemos utilizado los datos de frecuentación por grupos de edad y sexo de todos los centros de atención primaria durante el año 2009 de ambas comunidades. De esta forma, combinando dicha información con las variables socio-demográficas de la población cubierta en cada comunidad autónoma podemos obtener la frecuentación media por cada grupo de edad y sexo. Para el cálculo del gasto farmacéutico se solicitó a las dos comunidades autónomas el gasto farmacéutico cubierto por ambos sistemas regionales de salud y adquiridos a través de oficina de farmacia por grupo de edad y sexo. Al igual que en el caso de atención primaria a partir de las características de la población cubierta se ha calculado el gasto farmacéutico medio realizado en 2009 para cada uno de los grupos de edad seleccionados. Para la atención hospitalaria se ha utilizado el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) ya que es la base de datos que utiliza el Sistema nacional de Salud para registrar la actividad asistencial llevada a cabo por los hospitales. La información del CMBD se utiliza para la construcción de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) que no es otra cosa que un sistema de clasificación de los pacientes ingresados en los hospitales en función de la complejidad de la atención sanitaria proporcionada en cada caso. La información que nos suministraron las dos comunidades autónomas fueron los contactos hospitalarios de todos los pacientes de la comunidad por grupo de edad y sexo ordenados por GRD. Con esta información y con la ponderación de cada

GRD sobre el total suministrada por el MSPS podemos obtener una media indirecta del coste anual de la atención hospitalaria, que una vez combinada con las características poblacionales nos permite calcular los pesos GRD para los diferentes grupos de edad y sexo.

Estos perfiles de gasto posteriormente son empleados tal como se describe en los trabajos anteriormente citados para realizar las estimaciones de gasto sanitario futuro, ya que estos perfiles son utilizados para repartir el gasto sanitario público del año base de Castilla-La Mancha y de Castilla y León entre los distintos grupos de edad.

El otro elemento esencial para llevar a cabo nuestras estimaciones son las estimaciones de población futura de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Como ya se comentó en el epígrafe 4 del presente informe se ha utilizado la proyección de la población de España a corto plazo realizada por el INE (INE, 2009). Estas estimaciones nos permiten obtener una previsión de la población que residirá en Castilla y León y Castilla-La Mancha en los próximos 10 años. De esta forma, sus resultados ofrecen la cifra de población residente a 1 de enero de cada año del periodo 2010-2020. Hay que tener en cuenta, que desde el año 2008, el INE ya no presenta dos escenarios de evolución de la población, sino un único escenario en función del análisis retrospectivo de cada uno de los fenómenos demográficos básicos. Por este motivo, las estimaciones de población utilizadas en nuestro trabajo difieren de las utilizadas por Casado (Casado, 2009), por lo que nuestros resultados no son estrictamente comparables como ya advertimos en dicho apartado 4.

Respecto a las estimaciones de población hay que mencionar que al estimar el gasto de los sistemas regionales de salud de Castilla-La Mancha y Castilla y León no incluimos el gasto realizado por otros sectores dentro del territorio de ambas comunidades como puede ser el gasto de las Mutualidades de Funcionarios, el realizado por las Corporaciones Locales o la Seguridad Social. Por este motivo, el procedimiento más idóneo para estimar el gasto futuro es utilizar los perfiles de gasto y multiplicarlos por las proyecciones de la población cubierta en cada comunidad, excluyendo de la población total a la población que está acogida a una Mutualidad de Funcionarios. Sin embargo, esta información no está disponible, motivo por el que utilizamos toda la población residente en cada comunidad para estimar las proyecciones del gasto sanitario público.

En resumen, toda la información empleada en el trabajo para la estimación de los perfiles de gasto se obtiene directamente de las bases de datos administrativas del SACYL y del SESCAM, para el conjunto de la población cubierta por ambos sistemas regionales de salud. Mientras que los datos de población son los que utiliza el INE. La ventaja de nuestro enfoque es que hemos trabajado con los datos reales de frecuentación de atención primaria, utilización de asistencia hospitalaria y gasto farmacéutico de las dos comunidades autónomas y no con una muestra representativa. Por el contrario la desventaja del mismo es que no hemos podido obtener datos individuales y por tanto no hemos podido diferenciar si el individuo vivía todo el año o bien fallecía.



Por este motivo, el enfoque metodológico realizado es del tipo “modelo naive” ya que disponemos por un lado de la distribución del gasto en el año base entre los habitantes de Castilla-La Mancha y Castilla y León en función de sus características demográficas, el sexo y la edad, y, por el otro, de las previsiones de población por edad y sexo. De esta forma, si suponemos que los gastos sanitarios medios por grupos de edad y sexo permanecen constantes a lo largo del tiempo, basta con multiplicar dichos gastos medios por las previsiones de población por edad y sexo para obtener proyecciones sobre la evolución futura del gasto sanitario en un determinado territorio. Estas proyecciones se suelen denominar *naive* en la literatura (Economic Policy and the European Commission, 2006), ya que posibilitan determinar el efecto exclusivo que tienen los factores demográficos sobre la evolución del gasto, al considerar explícitamente que el resto de los aspectos determinantes del gasto sanitario (precios, introducción de nuevas tecnologías, ...) permanecen constantes a lo largo del tiempo.

Por tanto, en nuestras estimaciones se han utilizado tanto los perfiles de gasto como las proyecciones de población específicas de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Al igual que en el caso de Casado y con el fin de comparar los resultados con su mismo escenario naive se ha tenido en cuenta que la distribución del gasto por grupos de edad y sexo puede ser diferente en función del tipo de atención sanitaria que se considere: hospitalaria, farmacéutica o primaria. De esta forma, nuestro modelo naive ha sido calculado por separado para cada uno de los tipos de atención, lo que implica que aunque las proyecciones de población utilizadas sean siempre las mismas se han obtenido un perfil de gasto en atención primaria, otro de gastos en atención hospitalaria y un tercero de gastos en atención farmacéutica. De esta forma, podemos analizar si la influencia de los fenómenos demográficos afecta por igual a cada uno de los tipos de gastos considerados.

Ahora bien, y la principal limitación de los modelos *naive*, como menciona Casado, “es que suelen tender a sobreestimar el efecto que el envejecimiento demográfico puede tener sobre el gasto sanitario futuro. La causa de este sesgo es que este tipo de modelos ignoran la importancia de los costes de la muerte: así, si el mayor gasto de las cohortes de edad más avanzada se explica básicamente porque en ellas hay porcentajes más elevados de individuos a punto de morir, las proyecciones de gasto sanitario tendrían que tener en cuenta que el envejecimiento demográfico futuro viene precisamente motivado por una disminución de la mortalidad en tales cohortes” (Casado, 2009). Esta limitación de nuestro enfoque, debida a la naturaleza de los datos que hemos obtenido, no afecta al objetivo principal de nuestro trabajo que es la constatación de la existencia o no de diferencias en las estimaciones de gasto sanitario de Castilla-La Mancha y Castilla y León al utilizar unos perfiles de gasto sanitario calculados a partir de datos de cada comunidad en comparación con las obtenidas en el trabajo de Casado al extrapolar los perfiles de gasto de Cataluña al resto de comunidades autónomas. En este sentido nuestra comparación se realizará con el modelo *naive* estimado por Casado, utilizando la misma metodología y enfoque. Por este motivo, de existir diferencias en este primer escenario, éstas se mantendrían en los escenarios

siguientes calculados por Casado, ya que tendrían su origen en unos perfiles de utilización diferentes en cada comunidad autónoma.

4.3 DEMOGRAFÍA Y GASTO SANITARIO FUTURO

En este apartado vamos a presentar los resultados de nuestro trabajo. En primer lugar describiremos los perfiles de gasto sanitario utilizados en nuestro estudio, para luego pasar a analizar el gasto sanitario de las dos comunidades autónomas consideradas en el año base. Por último, presentaremos las estimaciones obtenidas sobre el efecto que tienen los factores demográficos en el gasto sanitario futuro de Castilla-La Mancha y Castilla y León.

Para la obtención de los perfiles de gasto sanitario por edad hemos partido de los registros de utilización suministrados por las propias comunidades autónomas. Así en atención primaria hemos obtenido el número de visitas por grupo de edad y sexo a lo largo de 2009 en las dos comunidades. Una vez obtenidas las visitas en atención primaria y mediante la utilización de las características demográficas de cada una de las comunidades obtenemos el número medio de visitas por grupo de edad y sexo. Posteriormente, construimos el perfil relativo, elemento que es el que utilizaremos para calcular las previsiones de gasto sanitario en función de las características demográficas, tomando como unidad la media de visitas en atención primaria por cápita de cada una de las comunidades (Castilla y León 5,39 contactos/año y Castilla-La Mancha 6,77 contactos/año) pudiendo así relativizar todos los resultados respecto a esa cifra.

Número de visitas en atención primaria por edad y sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	401.916	359.260	761.176	429.879	379.653	809.532
5-9 años	174.385	157.596	331.981	256.470	237.470	493.940
10-14 años	145.455	155.054	300.509	189.692	177.181	366.873
15-19 años	109.366	131.911	241.277	157.398	181.353	338.751
20-24 años	119.050	176.892	295.942	168.066	244.240	412.306
25-29 años	147.806	252.534	400.340	196.826	318.696	515.522
30-34 años	188.779	363.577	552.356	245.722	427.626	673.348
35-39 años	218.132	374.564	592.696	274.164	433.125	707.289
40-44 años	261.531	372.938	634.469	317.942	450.021	767.963
45-49 años	318.292	445.857	764.149	371.398	493.617	865.015
50-54 años	372.353	461.681	834.034	391.979	507.557	899.536
55-59 años	400.685	461.566	862.251	379.510	470.539	850.049
60-64 años	476.493	539.587	1.016.080	424.306	529.048	953.354
65-69 años	494.250	590.455	1.084.705	424.736	551.839	976.575
70-74 años	521.613	655.259	1.176.872	475.707	667.815	1.143.522
75-79 años	652.056	841.795	1.493.851	585.407	765.837	1.351.244
80-84 años	525.304	742.713	1.268.017	485.223	649.885	1.135.108
85 y más años	405.765	747.716	1.153.481	340.242	578.975	919.217
Total	5.933.231	7.830.955	13.764.186	6.114.667	8.064.477	14.179.144

Fuente: SACYL y ESCAM.



Número de visitas medias en atención primaria por edad y sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	7,72	7,35	7,54	7,58	7,19	7,40
5-9 años	3,35	3,20	3,28	4,67	4,62	4,65
10-14 años	2,83	3,16	2,99	3,53	3,46	3,49
15-19 años	1,89	2,43	2,15	2,65	3,24	2,94
20-24 años	1,71	2,68	2,18	2,46	3,79	3,11
25-29 años	1,74	3,21	2,45	2,38	4,27	3,28
30-34 años	1,90	3,95	2,89	2,57	5,10	3,75
35-39 años	2,19	4,01	3,07	3,02	5,31	4,11
40-44 años	2,58	3,85	3,20	3,64	5,61	4,58
45-49 años	3,12	4,59	3,83	4,57	6,60	5,54
50-54 años	3,94	5,22	4,56	5,83	8,14	6,94
55-59 años	5,02	6,23	5,60	7,26	9,42	8,31
60-64 años	6,56	7,44	7,00	9,13	11,10	10,13
65-69 años	7,79	8,80	8,31	10,24	12,16	11,25
70-74 años	9,55	10,27	9,94	13,35	15,74	14,65
75-79 años	11,25	11,49	11,38	15,27	16,33	15,85
80-84 años	12,56	12,15	12,32	17,57	17,20	17,35
85 y más años	12,66	11,88	12,14	18,06	16,89	17,30
Total	4,68	6,08	5,39	5,78	7,77	6,77

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCAM y del INE.

Tabla 47

Perfil relativo del número de visitas anuales a atención primaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	1,65	1,21	1,40	1,31	0,93	1,09
5-9 años	0,72	0,53	0,61	0,81	0,59	0,69
10-14 años	0,60	0,52	0,56	0,61	0,44	0,52
15-19 años	0,40	0,40	0,40	0,46	0,42	0,43
20-24 años	0,37	0,44	0,41	0,43	0,49	0,46
25-29 años	0,37	0,53	0,46	0,41	0,55	0,48
30-34 años	0,41	0,65	0,54	0,45	0,66	0,55
35-39 años	0,47	0,66	0,57	0,52	0,68	0,61
40-44 años	0,55	0,63	0,59	0,63	0,72	0,68
45-49 años	0,67	0,75	0,71	0,79	0,85	0,82
50-54 años	0,84	0,86	0,85	1,01	1,05	1,03
55-59 años	1,07	1,02	1,04	1,26	1,21	1,23
60-64 años	1,40	1,22	1,30	1,58	1,43	1,50
65-69 años	1,66	1,45	1,54	1,77	1,57	1,66
70-74 años	2,04	1,69	1,85	2,31	2,03	2,17
75-79 años	2,40	1,89	2,11	2,64	2,10	2,34
80-84 años	2,68	2,00	2,29	3,04	2,21	2,57
85 y más años	2,70	1,95	2,25	3,12	2,17	2,56
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

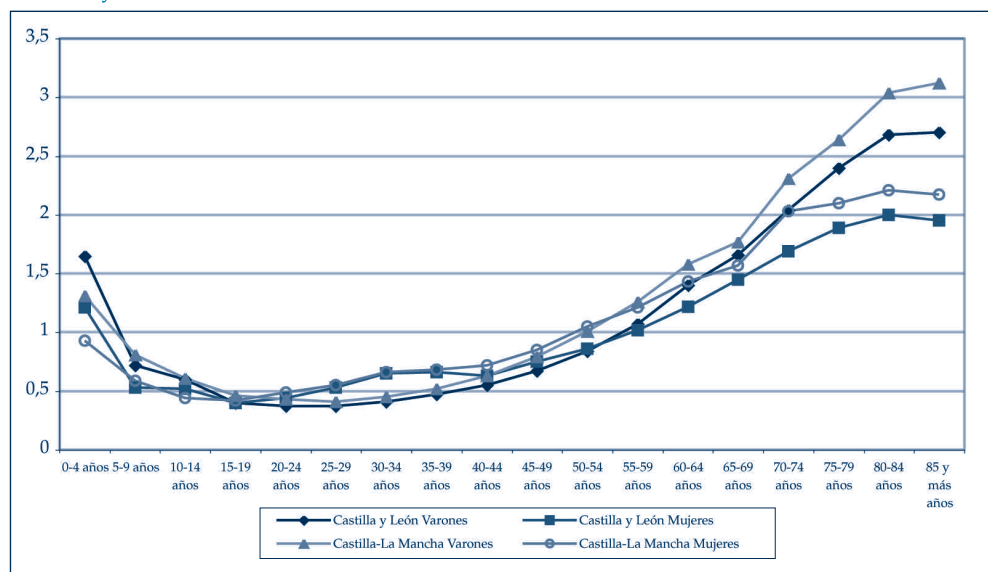
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCAM y del INE.

Tabla 48

Respecto al perfil relativo del número de visitas anuales en atención primaria por grupo de edad y sexo observamos una evolución similar en las dos comunidades. En el grupo de edad de 0 a 4 años se aprecia un valor elevado, mayor en Castilla-León, el 1,40, frente a Castilla-La Mancha con un valor de 1,09. En los grupos de edad siguientes se produce un descenso que se mantiene más o menos estable hasta el grupo de edad de 45 a 49 años donde empieza a crecer de forma continua con la edad hasta alcanzar el máximo en el grupo de 80 a 84 años en el que el perfil relativo es de 2,29 en Castilla-León frente a los 2,57 de Castilla-La Mancha. Así, una persona de 80 a 84 años utiliza 4,97 veces más la atención primaria en Castilla y León que una persona de 25 a 29 años, siendo este valor del 5,3 en el caso de Castilla-La Mancha.

En cuanto a la utilización por sexos, vemos que en ambas comunidades las mujeres realizan un mayor número de visitas que los varones. Del mismo modo, el número medio de visitas es superior para las mujeres que para los hombres. Sin embargo, a partir de los 70 años en Castilla y León y de los 80 años en Castilla-La Mancha el número medio de visitas es superior en los hombres. Esto se debe a la diferencia entre hombres y mujeres vivos en los últimos grupos de edad, donde existen muchas más mujeres que hombres, lo que hace que las visitas de los hombres, a pesar de ser inferiores en valor absoluto a las de las mujeres, en términos medios superen a las visitas realizadas por éstas en dichos grupos de edad. De esta forma, en Castilla y León los hombres de 85 y más años realizan unas 12,66 visitas al año, mientras que las mujeres acuden en 11,88 veces al médico de atención primaria. En Castilla-La Mancha para este mismo grupo etéreo, los hombres acuden en promedio 18,06 veces al año, mientras que las mujeres lo hacen en 16,89. Por este motivo, los perfiles relativos de los hombres en estos grupos de edad son de 2,7,

Perfil relativo del número de visitas anuales a atención primaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE.



frente al 1,95 de las mujeres en Castilla y León, y del 3,12 frente al 2,17 de las mujeres en Castilla-La Mancha.

Para el cálculo del perfil de gasto farmacéutico hemos partido del gasto realizado por la población cubierta en cada comunidad y facturado a través de las oficinas de farmacia. Por tanto, sólo hemos tenido en cuenta el gasto farmacéutico de atención primaria. Para su obtención hemos deducido las aportaciones realizadas por los ciudadanos, ya que nos interesa únicamente el gasto farmacéutico público sufragado por el sistema regional de salud y no el consumo farmacéutico realizado por los residentes en una determinada comunidad autónoma.

Gasto farmacéutico por edad y sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	1.941.364	1.451.558	3.392.923	2.413.503	3.096.904	5.510.407
5-9 años	1.927.444	1.204.343	3.131.787	2.207.610	3.032.315	5.239.925
10-14 años	2.054.823	1.283.859	3.338.682	2.469.937	2.910.795	5.380.732
15-19 años	2.176.392	2.036.768	4.213.160	2.655.905	3.638.449	6.294.354
20-24 años	2.434.175	2.817.882	5.252.057	2.928.741	4.660.632	7.589.373
25-29 años	3.310.100	4.068.323	7.378.423	4.023.725	6.046.348	10.070.074
30-34 años	4.751.448	6.035.607	10.787.055	6.153.264	8.455.193	14.608.457
35-39 años	6.372.133	7.755.014	14.127.147	7.901.485	10.200.006	18.101.491
40-44 años	8.843.639	10.182.567	19.026.207	10.332.939	12.612.944	22.945.883
45-49 años	12.565.603	13.824.309	26.389.913	14.026.385	15.738.814	29.765.199
50-54 años	16.669.991	18.133.959	34.803.949	17.065.861	19.334.527	36.400.388
55-59 años	21.411.006	23.240.137	44.651.143	18.231.181	20.573.939	38.805.120
60-64 años	30.773.024	34.584.241	65.357.265	23.272.440	27.428.189	50.700.629
65-69 años	39.083.788	44.771.280	83.855.068	27.567.930	33.086.097	60.654.027
70-74 años	46.031.889	57.933.460	103.965.349	32.630.515	41.784.102	74.414.618
75-79 años	54.206.513	72.053.563	126.260.076	40.041.975	49.766.582	89.808.557
80-84 años	41.224.072	60.639.030	101.863.102	35.292.801	44.589.418	79.882.219
85 y más años	28.520.340	55.001.266	83.521.606	24.901.834	38.091.623	62.993.457
Total	324.297.742	417.017.169	741.314.911	274.118.032	345.046.878	619.164.910

Fuente: SACYL y SESCOAM y elaboración propia. Unidad: Euros.

Tabla 49

Una vez obtenido el gasto farmacéutico por edad y sexo, es fácil obtener a partir de los datos de población del INE el gasto farmacéutico medio por grupo de edad y sexo. Posteriormente, construimos el perfil relativo, elemento que es el que utilizaremos para calcular las previsiones de gasto sanitario en función de las características demográficas, tomando como unidad el gasto farmacéutico medio por cápita de cada una de las comunidades (Castilla y León 290,06 euros/año y Castilla-La Mancha 295,42 euros/año) pudiendo así relativizar todos los resultados respecto a esa cifra. En este caso, las diferencias entre comunidades no son muy significativas, 5,36 euros de diferencia media, lo que no implica que esa igualdad se mantenga a lo largo de todos los grupos de edad. Así, en el grupo de edad de 85 y más años el gasto medio en Castilla-La Mancha se sitúa en 1.130,01 euros frente a los 879,30 euros de ese mismo grupo de edad en Castilla y León. Respecto a la evo-

lución por sexo, en términos generales y para ambas comunidades el gasto medio de las mujeres es mayor al de los hombres. En promedio, las mujeres en Castilla y León gastan 323,63 euros al año, mientras que los hombres gastan únicamente 255,93 euros. Estas diferencias son similares en Castilla-La Mancha donde las mujeres gastan 332,49 euros y los hombres 259,07 euros.

Gasto farmacéutico medio por edad y sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	37,28	29,69	33,60	40,71	33,07	37,03
5-9 años	37,03	24,48	30,93	38,47	31,03	34,87
10-14 años	39,99	26,20	33,26	44,26	29,29	36,95
15-19 años	37,56	37,47	37,52	42,58	38,29	40,50
20-24 años	34,98	42,72	38,75	40,24	46,43	43,25
25-29 años	39,04	51,77	45,16	45,70	54,41	49,84
30-34 años	47,85	65,59	56,38	60,58	72,34	66,08
35-39 años	63,87	83,09	73,15	81,82	96,45	88,74
40-44 años	87,17	105,24	95,99	111,15	129,00	119,70
45-49 años	123,11	142,23	132,43	162,56	182,21	171,98
50-54 años	176,49	205,18	190,36	238,10	281,05	258,77
55-59 años	268,50	313,55	290,20	326,25	384,98	354,94
60-64 años	423,38	476,91	450,12	466,38	550,30	508,87
65-69 años	616,37	667,62	642,71	617,87	706,47	664,16
70-74 años	842,58	908,29	877,97	846,40	961,79	909,12
75-79 años	935,40	983,08	962,03	967,46	1.038,75	1.006,69
80-84 años	985,59	992,05	989,42	1.181,77	1.157,35	1.167,66
85 y más años	890,15	873,77	879,30	1.201,05	1.090,96	1.130,01
Total	255,93	323,63	290,06	259,07	332,49	295,42

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE. Unidad: Euro.

Tabla 50

Respecto al perfil relativo del gasto farmacéutico medio por grupo de edad y sexo observamos una evolución similar en las dos comunidades. Al igual que ocurría con atención primaria el perfil relativo es claramente creciente con la edad. Así para los menores de 14 años se parte de un perfil del 0,11 en Castilla y León y del 0,13 en Castilla-La Mancha, posteriormente el crecimiento es continuo hasta alcanzar el 3,41 en el grupo de 80 a 84 años en Castilla y León y de 4,27 en Castilla-La Mancha. Así, una persona de 80 a 84 años 75 utiliza 13,53 veces más atención farmacéutica que una persona de 35 a 39 años en Castilla y León, siendo este valor del 13,16 en el caso de Castilla-La Mancha.

En cuanto a la utilización por sexos, vemos que en ambas comunidades las mujeres realizan un mayor gasto farmacéutico que los varones. Del mismo modo, el gasto medio en atención farmacéutica es superior para las mujeres que para los hombres. Estas diferencias son especialmente importantes a partir de los 65 años, donde el gasto farmacéutico de las mujeres es muy superior al de los hombres en ambas comunidades.



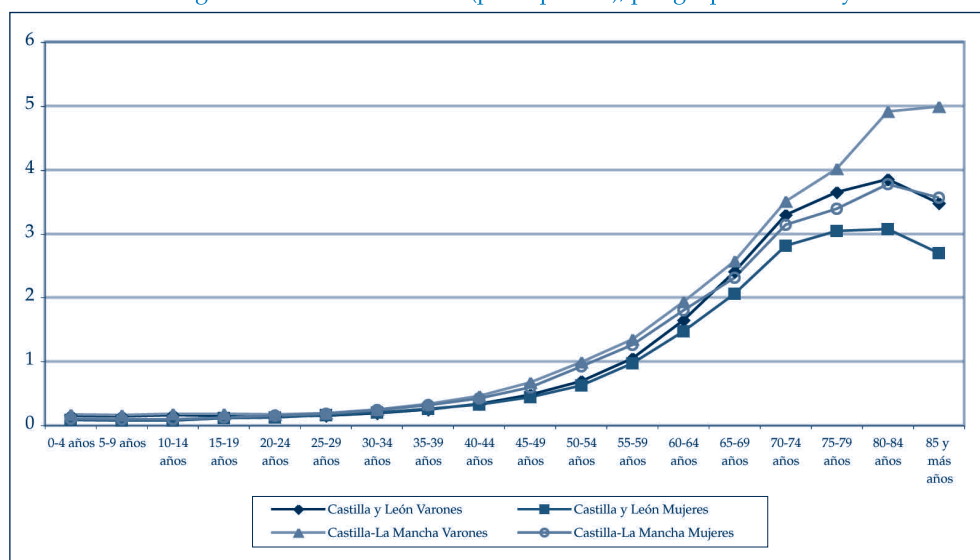
Perfil relativo del gasto farmacéutico número de visitas anuales (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	0,15	0,09	0,12	0,17	0,11	0,14
5-9 años	0,14	0,08	0,11	0,16	0,10	0,13
10-14 años	0,16	0,08	0,11	0,18	0,10	0,14
15-19 años	0,15	0,12	0,13	0,18	0,13	0,15
20-24 años	0,14	0,13	0,13	0,17	0,15	0,16
25-29 años	0,15	0,16	0,16	0,19	0,18	0,18
30-34 años	0,19	0,20	0,19	0,25	0,24	0,24
35-39 años	0,25	0,26	0,25	0,34	0,32	0,32
40-44 años	0,34	0,33	0,33	0,46	0,42	0,44
45-49 años	0,48	0,44	0,46	0,67	0,60	0,63
50-54 años	0,69	0,63	0,66	0,99	0,92	0,95
55-59 años	1,05	0,97	1,00	1,35	1,26	1,30
60-64 años	1,65	1,47	1,55	1,94	1,80	1,86
65-69 años	2,41	2,06	2,22	2,57	2,31	2,43
70-74 años	3,29	2,81	3,03	3,51	3,14	3,33
75-79 años	3,65	3,04	3,32	4,02	3,39	3,69
80-84 años	3,85	3,07	3,41	4,91	3,78	4,27
85 y más años	3,48	2,70	3,03	4,99	3,56	4,14
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE. Unidad: Euro.

Tabla 51

Perfil relativo del gasto farmacéutico medio (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE.

Gráfico 69

Para el cálculo del perfil de gasto en atención especializada hemos partido de la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) por comunidad autónoma grupo de edad y sexo. El CMBD nos informa sobre el número de altas que se han registrado en los hospitales de cada comunidad por grupo de

edad y sexo. Al agrupar estas altas mediante los grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs), no sólo tenemos el número de altas por cada grupo de edad y sexo, sino que podemos integrar para cada grupo etéreo datos que identifican tipología de enfermedad, morbilidad secundaria y proceso de atención además de identificación de complicaciones en algunos casos.

Altas hospitalarias, peso español medio y coste medio por grupo de edad y sexo en Castilla y León en 2009

Edad	Varones			Mujeres		
	Peso Español Medio	Coste Medio	Casos	Peso Español Medio	Coste Medio	Casos
Menos de 1 año	0,65	2.716,01	4.269	0,67	2.777,55	3.527
01-04 años	0,44	1.825,16	3.135	0,44	1.835,84	2.095
05-09 años	0,54	2.253,80	2.144	0,51	2.110,90	1.390
10-14 años	0,68	2.818,49	1.555	0,63	2.610,97	1.108
15-19 años	0,90	3.732,09	1.884	0,63	2.600,65	2.219
20-24 años	1,04	4.306,51	2.197	0,59	2.462,81	4.368
25-29 años	1,02	4.225,98	2.734	0,55	2.289,83	7.503
30-34 años	0,99	4.132,59	3.037	0,55	2.273,21	12.072
35-39 años	1,02	4.260,36	3.571	0,63	2.607,19	9.701
40-44 años	1,11	4.616,91	4.590	0,88	3.668,15	5.599
45-49 años	1,10	4.576,09	5.476	1,04	4.321,16	5.038
50-54 años	1,22	5.062,76	6.583	1,10	4.559,25	4.671
55-59 años	1,23	5.127,49	7.654	1,15	4.767,79	4.846
60-64 años	1,27	5.271,04	9.153	1,16	4.829,48	5.693
65-69 años	1,29	5.373,82	9.462	1,19	4.948,48	6.082
70-74 años	1,28	5.339,79	13.323	1,20	4.983,75	9.418
75-79 años	1,28	5.325,12	15.718	1,22	5.072,83	12.170
80-84 años	1,19	4.949,15	12.762	1,16	4.804,94	11.656
85-89 años	1,12	4.667,12	7.105	1,15	4.791,71	8.951
90-94 años	1,12	4.677,96	2.238	1,13	4.691,63	4.288
95 o más años	1,16	4.812,44	617	1,14	4.748,96	1.418
Total	1,14	4.738,49	119.207	0,94	3.914,25	123.813

Fuente: CMBD y SESCOAM

Tabla 52

Por otro lado, los GRD incorporan estimadores de consumo de recursos y costes, denominados pesos relativos. Dichos pesos se obtienen a partir de la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica. Anualmente se obtienen los pesos nacionales y se estiman los costes medios para todos los GRD. Así el peso español constituye el indicador asociado a cada GRD, de acuerdo con el valor de peso relativo (relación entre el coste del GRD respecto al coste promedio del total de altas, que representa la unidad) obtenido en el proyecto de estimación de pesos y costes para el Sistema Nacional de Salud para el año de referencia. Una vez obtenido el peso español se estima el coste por GRD, mediante los costes medios estimados para cada GRD a partir de los casos atendidos en una muestra representativa de hospitales del SNS para el año correspon-



diente. Por último, se calcula el coste medio mediante el coste por GRD multiplicado por el número de altas del GRD y relativizado respecto al total de altas considerado.

Altas hospitalarias, peso español medio y coste medio por grupo de edad y sexo en Castilla-La Mancha en 2009

Edad	Varones			Mujeres		
	Peso Español Medio	Coste Medio	Casos	Peso Español Medio	Coste Medio	Casos
Menos de 1 año	0,71	2.960,37	4.063	0,76	3.176,60	3.379
01-04 años	0,46	1.930,73	2.268	0,46	1.899,49	1.539
05-09 años	0,56	2.324,49	1.506	0,54	2.257,17	1.020
10-14 años	0,66	2.751,23	1.247	0,68	2.843,78	949
15-19 años	0,99	4.115,14	1.634	0,69	2.870,22	2.341
20-24 años	1,07	4.454,80	1.835	0,55	2.297,53	4.812
25-29 años	1,09	4.531,43	2.211	0,51	2.104,97	8.218
30-34 años	1,04	4.329,31	2.666	0,53	2.217,14	11.419
35-39 años	1,09	4.543,89	2.928	0,63	2.607,13	7.460
40-44 años	1,16	4.832,51	3.488	0,88	3.663,23	4.056
45-49 años	1,11	4.597,14	3.886	1,04	4.322,03	3.680
50-54 años	1,21	5.040,79	4.122	1,06	4.426,33	3.127
55-59 años	1,20	4.996,89	4.558	1,10	4.587,01	3.186
60-64 años	1,25	5.220,31	5.494	1,16	4.841,15	3.992
65-69 años	1,22	5.056,71	5.630	1,17	4.871,87	4.471
70-74 años	1,23	5.135,51	8.695	1,20	4.995,99	6.808
75-79 años	1,20	4.977,91	10.368	1,17	4.874,55	8.605
80-84 años	1,16	4.836,37	8.313	1,13	4.719,24	7.883
85-89 años	1,13	4.718,31	4.840	1,15	4.797,53	5.696
90-94 años	1	4.633,40	1.520	1	4.677,33	2.507
95 o más años	1	4.564,12	385	1	4.814,63	693
Total	1	4.612,36	81.657	1	3.697,52	95.841

Fuente: CMBD y SESCOAM

Tabla 53

De esta forma, no sólo podemos estimar un perfil relativo de utilización respecto a la frecuentación hospitalaria por grupo de edad y sexo, sino que utilizando la información de los pesos medios y del coste medio podemos calcular el gasto en atención hospitalaria que realmente genera cada grupo de edad, ya que los ingresos hospitalarios medios en cada grupo difieren notablemente en cuanto al empleo de recursos que hacen en promedio las personas en función de su edad y sexo en los hospitales. El gasto total en ambas comunidades tiene una evolución creciente con la edad, hasta el grupo de 80 años, en el que comienza a descender. De la misma forma en ambas comunidades, el gasto total de los hombres es superior al de las mujeres, a pesar de tener ellas un mayor número de altas hospitalarias. En este sentido, como las mujeres, sobre todo en los grupos de edad entre 20 a 39 años, tienen muchos ingresos debidos a la maternidad, y teniendo en cuenta que el coste de este tipo de ingresos es inferior a la media de los GRD, el resultado es que si bien los ingresos femeninos superan a los masculinos, el mayor coste medio de las altas

Gasto medio en atención hospitalaria por grupos de edad y Sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	17.316.521	13.642.498	30.959.026	16.406.884	13.657.057	30.063.936
5-9 años	4.832.137	2.934.152	7.766.283	3.500.683	2.302.311	5.803.005
10-14 años	4.382.759	2.892.960	7.275.715	3.430.779	2.698.745	6.129.519
15-19 años	7.031.264	5.770.851	12.802.099	6.724.132	6.719.181	13.443.331
20-24 años	9.461.409	10.757.545	20.218.953	8.174.561	11.055.735	19.230.303
25-29 años	11.553.840	17.180.586	28.734.440	10.018.983	17.298.612	27.317.618
30-34 años	12.550.672	27.442.229	39.992.919	11.541.939	25.317.551	36.859.459
35-39 años	15.213.732	25.292.383	40.506.144	13.304.505	19.449.178	32.753.676
40-44 años	21.191.617	20.537.998	41.729.661	16.855.800	14.858.048	31.713.844
45-49 años	25.058.655	21.770.011	46.828.620	17.864.495	15.905.074	33.769.555
50-54 años	33.328.167	21.296.241	54.624.440	20.778.135	13.841.125	34.619.267
55-59 años	39.245.836	23.104.719	62.350.500	22.775.805	14.614.204	37.390.045
60-64 años	48.245.806	27.494.246	75.739.987	28.680.398	19.325.886	48.006.275
65-69 años	50.847.045	30.096.657	80.943.670	28.469.285	21.782.123	50.251.364
70-74 años	71.142.031	46.936.988	118.079.004	44.653.249	34.012.721	78.665.943
75-79 años	83.700.278	61.736.386	145.436.757	51.610.923	41.945.527	93.556.432
80-84 años	63.161.039	56.006.342	119.167.410	40.204.752	37.201.766	77.406.515
85 y más años	46.598.391	69.742.329	116.340.646	31.636.578	42.389.307	74.025.934
Total	564.861.198	484.635.120	1.049.496.272	376.631.886	354.374.150	731.006.020

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE. Unidad: Euros.

Tabla 54

Gasto medio en atención hospitalaria por grupos de edad y Sexo en 2009

Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	332,52	279,00	306,60	289,49	258,77	274,68
5-9 años	92,83	59,63	76,70	63,81	44,77	54,60
10-14 años	85,29	59,03	72,47	63,83	52,63	58,36
15-19 años	121,36	106,17	114,01	113,36	120,14	116,65
20-24 años	135,97	163,09	149,17	119,77	171,35	144,83
25-29 años	136,28	218,62	175,89	121,23	231,88	173,72
30-34 años	126,38	298,21	209,03	120,87	301,88	205,51
35-39 años	152,48	270,98	209,75	146,63	238,53	190,12
40-44 años	208,89	212,27	210,54	193,07	185,09	189,25
45-49 años	245,50	223,98	235,00	220,03	212,56	216,45
50-54 años	352,85	240,96	298,76	309,18	221,97	267,21
55-59 años	492,15	311,72	405,23	435,48	292,62	365,70
60-64 años	663,77	379,14	521,62	617,01	405,41	509,88
65-69 años	801,88	448,80	620,40	686,57	480,07	578,67
70-74 años	1.302,20	735,89	997,16	1.253,46	801,79	1.007,96
75-79 años	1.444,35	842,31	1.108,14	1.346,49	894,42	1.097,73
80-84 años	1.510,05	916,26	1.157,50	1.455,85	984,36	1.183,42
85 y más años	1.454,38	1.107,95	1.224,81	1.679,05	1.236,63	1.393,56
Total	445,77	376,11	410,65	355,95	341,48	348,79

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCOAM y del INE. Unidad: Euros.

Tabla 55



de los varones hace que el coste total de la atención hospitalaria recibida por los varones sea superior al de las mujeres. Una vez obtenido el gasto total, y partir de las características sociodemográficas de la población de cada comunidad podemos calcular fácilmente el gasto medio en atención hospitalaria.

El gasto medio en atención hospitalaria es para Castilla y León de 410,65 euros, mientras que para Castilla-La Mancha alcanza los 348,79 euros. Al igual que sucedía con la atención primaria y la atención farmacéutica existen diferencias por sexos significativas. En ambos casos, el gasto medio de los varones es superior al de las mujeres. En Castilla y León, el gasto medio de las mujeres de 376,11 euros frente a los 445,77 euros que gastan los hombres. Por su parte en Castilla-La Mancha, el gasto medio de las mujeres es de 341,48 euros y el de los hombres de 355,95 euros. Una vez obtenido el gasto medio, construimos el perfil relativo, elemento que es el que utilizaremos posteriormente para calcular las previsiones de gasto sanitario en función de las características demográficas, tomando como unidad el gasto en atención hospitalaria medio per cápita de cada una de las comunidades (Castilla y León 410,65 euros/año y Castilla-La Mancha 348,79 euros/año) pudiendo así relativizar todos los resultados respecto a esa cifra.

Respecto al perfil relativo del gasto en atención hospitalaria medio por grupo de edad y sexo observamos una evolución similar en las dos comunidades. Al igual que ocurría con atención primaria el grupo de edad de 0 a 4 años tienen un perfil rela-

Perfil relativo del gasto medio en atención hospitalaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009

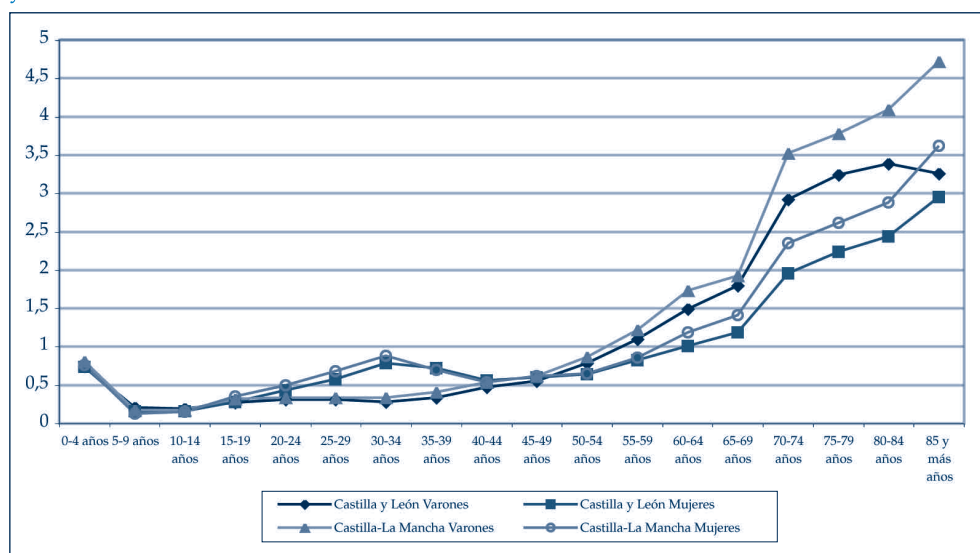
Grupo de edad	Castilla y León			Castilla-La Mancha		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
0-4 años	0,75	0,74	0,75	0,81	0,76	0,79
5-9 años	0,21	0,16	0,19	0,18	0,13	0,16
10-14 años	0,19	0,16	0,18	0,18	0,15	0,17
15-19 años	0,27	0,28	0,28	0,32	0,35	0,33
20-24 años	0,31	0,43	0,36	0,34	0,50	0,42
25-29 años	0,31	0,58	0,43	0,34	0,68	0,50
30-34 años	0,28	0,79	0,51	0,34	0,88	0,59
35-39 años	0,34	0,72	0,51	0,41	0,70	0,55
40-44 años	0,47	0,56	0,51	0,54	0,54	0,54
45-49 años	0,55	0,60	0,57	0,62	0,62	0,62
50-54 años	0,79	0,64	0,73	0,87	0,65	0,77
55-59 años	1,10	0,83	0,99	1,22	0,86	1,05
60-64 años	1,49	1,01	1,27	1,73	1,19	1,46
65-69 años	1,80	1,19	1,51	1,93	1,41	1,66
70-74 años	2,92	1,96	2,43	3,52	2,35	2,89
75-79 años	3,24	2,24	2,70	3,78	2,62	3,15
80-84 años	3,39	2,44	2,82	4,09	2,88	3,39
85 y más años	3,26	2,95	2,98	4,72	3,62	4,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCAM y del INE.

tivo superior a los grupos de edad posteriores. Así en Castilla-León es de 0,75 y en Castilla-La Mancha de 0,79, no alcanzando esta cifra hasta llegar al grupo de los 50 años. Posteriormente, y partir del grupo de edad de 55 años, el perfil crece de forma continua con la edad, llegando al máximo en el grupo de edad de 85 y más años con un valor del 2,98 para Castilla y León y del 4 para Castilla-La Mancha.

Como podemos apreciar, las personas mayores de Castilla-La Mancha hacen un uso más intensivo de la asistencia hospitalaria en comparación a las castellano leonesas. De nuevo las diferencias entre grupos de edad son importantes. Así, una persona de 85 y más años utiliza 5,84 veces más la atención hospitalaria que una persona de 40 a 44 años en Castilla y León, siendo este valor del 7,40 en el caso de Castilla-La Mancha.

Perfil relativo del gasto en atención especializada medio (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SACYL y SESCO y del INE.

Gráfico 70

En cuanto a la utilización por sexos, vemos que en ambas comunidades las mujeres realizan un mayor gasto medio en atención hospitalizada en los grupos de edad comprendidos entre los 20 a los 40 años, lo que se traduce en un perfil relativo superior al de los hombres. Esto, como ya se comentó, está bastante relacionado con todo lo que se debe a la natalidad y la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Sin embargo, en los grupos de más edad como ha venido sucediendo de forma repetida en el resto de perfiles analizados, son los hombres los que presentan unos perfiles relativos superiores a las mujeres. En ambas Castillas, los hombres tienen un perfil relativo mayor al de las mujeres a partir de los 50 años, siendo el valor máximo el de 3,39 en el grupo de edad de 80 a 84 años en Castilla y León y de 4,72 en el grupo de 85 y más años en el caso de Castilla-La Mancha.

Una vez analizados los perfiles de gasto, debemos utilizar el gasto sanitario público del año base como punto de partida de nuestras estimaciones futuras. Como se puede apreciar el gasto público total de Castilla y León ascendía en 2008 a 3.621 millones de euros, mientras que el de Castilla-La Mancha era de 2.540 millones de euros. En



ambas comunidades el peso de las tres partidas que hemos considerado se sitúa entre el 85 y el 90% del total del gasto sanitario público: el 88,7% en Castilla-La Mancha y del 86,45% en Castilla y León. Aunque los pesos de cada uno de los tipos de atención son similares, existen algunas diferencias que deben recalcar.

A pesar de esta similitud, el peso relativo de cada una de las partidas es diferente entre las dos comunidades estudiadas. En Castilla y León la asistencia hospitalaria y especializada supone el 51,2% del gasto sanitario total realizado por la comunidad, lo que supone 2,4 puntos porcentuales más que el peso que representa dicha asistencia en Castilla-La Mancha. Por su parte la asistencia primaria supone

Gasto sanitario público consolidado

Castilla y León					
	2004	2005	2006	2007*	2008*
Servicios hospitalarios y especializados	1.203.917	1.410.619	1.708.167	1.494.283	1.854.349
	47,5	51,2	54,0	48,6	51,2
Servicios primarios de salud	399.003	430.689	459.724	520.293	562.112
	15,8	15,6	14,5	16,9	15,5
Servicios de salud pública	55.911	62.907	71.853	78.718	83.279
	2,2	2,3	2,3	2,6	2,3
Servicios colectivos de salud	65.642	61.580	67.341	71.440	76.120
	2,6	2,2	2,1	2,3	2,1
Farmacia	613.060	598.519	635.534	669.177	712.894
	24,2	21,7	20,1	21,8	19,7
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	52.708	49.620	54.819	62.337	68.185
	2,1	1,8	1,7	2,0	1,9
Gasto de capital	142.448	138.913	166.777	176.794	264.130
	5,6	5,0	5,3	5,8	7,3
GSP total consolidado	2.532.688	2.752.846	3.164.216	3.073.042	3.621.070
Castilla-La Mancha					
	2004	2005	2006	2007*	2008*
Servicios hospitalarios y especializados	767.434	1.037.552	1.214.874	1.155.836	1.239.641
	47,5	50,0	51,6	47,6	48,8
Servicios primarios de salud	237.565	281.792	338.646	407.729	435.533
	14,7	13,6	14,4	16,8	17,1
Servicios de salud pública	24.014	38.772	43.537	50.555	51.000
	1,5	1,9	1,8	2,1	2,0
Servicios colectivos de salud	35.360	53.844	65.377	84.579	55.580
	2,2	2,6	2,8	3,5	2,2
Farmacia	424.925	499.991	503.194	536.156	578.693
	26,3	24,1	21,4	22,1	22,8
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	32.806	51.325	47.018	48.751	58.410
	2,0	2,5	2,0	2,0	2,3
Gasto de capital	92.090	109.778	142.269	142.173	121.725
	5,7	5,3	6,0	5,9	4,8
GSP total consolidado	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	2.540.583

Fuente: MSPSI. Unidades: Miles de Euros/porcentaje sobre el total. *2008, estimación provisional.

Gasto sanitario público per cápita consolidado

Castilla y León						
Gasto total. Miles de euros	2004	2005	2.006	2007*	2008*	
Servicios primarios de salud	399.003	430.689	459.724	520.293	562.112	
Farmacia	613.060	598.519	635.534	669.177	712.894	
Servicios hospitalarios y especializados	1.203.917	1.410.619	1.708.167	1.494.283	1.854.349	
Otros gastos	316.708	313.020	360.790	389.289	491.714	
Gasto sanitario público total	2.532.688	2.752.847	3.164.215	3.073.042	3.621.069	
Población	2.493.918	2.510.849	2.523.020	2.528.417	2.557.330	
Per cápita (euros)	2004	2005	2.006	2007*	2008*	
Servicios primarios de salud	159,99	171,53	182,21	205,78	219,80	
Farmacia	245,82	238,37	251,89	264,66	278,76	
Servicios hospitalarios y especializados	482,74	561,81	677,03	591,00	725,11	
Otros gastos	126,99	124,67	143,00	153,97	192,28	
Gasto sanitario público total	1.015,55	1.096,38	1.254,14	1.215,40	1.415,96	
Tasa anual de variación Gasto total	2004	2005	2.006	2007*	2008*	T.M.V* 2008-2005
Servicios primarios de salud		7,94	6,74	13,18	8,04	8,97
Farmacia		-2,37	6,18	5,29	6,53	3,91
Servicios hospitalarios y especializados		17,17	21,09	-12,52	24,10	12,46
Otros gastos		-1,16	15,26	7,90	26,31	12,08
Gasto sanitario público total		8,69	14,94	-2,88	17,83	9,65
Castilla-La Mancha						
Gasto total. Miles de euros	2004	2005	2.006	2007*	2008*	
Servicios primarios de salud	237.565	281.792	338.646	407.729	435.533	
Farmacia	424.925	499.991	503.194	536.156	578.693	
Servicios hospitalarios y especializados	767.434	1.037.552	1.214.874	1.155.836	1.239.641	
Otros gastos	184.269	253.720	298.201	326.059	286.716	
Gasto sanitario público total	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	2.540.583	
Población	1.848.881	1.894.667	1.932.261	1.977.304	2.043.100	
Per cápita (euros)	2004	2005	2.006	2007*	2008*	
Servicios primarios de salud	128,49	148,73	175,26	206,20	213,17	
Farmacia	229,83	263,89	260,42	271,16	283,24	
Servicios hospitalarios y especializados	415,08	547,62	628,73	584,55	606,75	
Otros gastos	99,67	133,91	154,33	164,90	140,33	
Gasto sanitario público total	873,06	1.094,15	1.218,74	1.226,81	1.243,49	
Tasa anual de variación Gasto total	2004	2005	2.006	2007*	2008*	T.M.V* 2008-2005
Servicios primarios de salud		18,62	20,18	20,40	6,82	16,50
Farmacia		17,67	0,64	6,55	7,93	8,20
Servicios hospitalarios y especializados		35,20	17,09	-4,86	7,25	13,67
Otros gastos		37,69	17,53	9,34	-12,07	13,12
Gasto sanitario público total		28,43	13,60	3,01	4,73	12,44

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de MSPSI. Unidades: Miles de Euros/euros./Porcentaje. T.M.V* Tasa media de variación anual.

Tabla 58

el 17,1% del total del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha, un 1,6 puntos porcentuales más que en Castilla y León. Ahora bien, la diferencia más importante se encuentra en la atención farmacéutica, ya que en Castilla-La Mancha alcanza el



Efecto Gasto sanitario total por componentes (euros constantes de 2009). Años 2009 y 2020 en Castilla-La Mancha y Castilla y León.

Efecto total	Castilla y León		Castilla-La Mancha	
	2009	2020	2009	2020
Atención primaria	559.650.036	574.679.830	445.338.835	484.226.231
Atención farmacéutica	706.846.975	749.824.289	592.726.891	645.130.211
Atención especializada	1.847.216.030	1.913.618.565	1.273.392.557	1.362.872.472
Otros gastos	493.420.944	481.972.919	293.247.588	311.135.478
Gasto sanitario público	3.607.133.985	3.720.095.603	2.604.705.871	2.803.364.393

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 59

Efecto de la demografía sobre el gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León: 2009-2020

Tasa Acumulada 2009-2020			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Castilla-La Mancha	7,77	6,10	1,67
Castilla y León	3,13	-2,32	5,45
Tasa Anual Acumulativa 2009-2020			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Castilla-La Mancha	0,68	0,54	0,14
Castilla y León	0,28	-0,21	0,49

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 60

22,8% del total, mientras que en Castilla y León este porcentaje es del 19,7%, 3,1 puntos porcentuales menos. Estas diferencias son importantes al estimar el efecto que tiene la demografía en cada una de las partidas consideradas.

En términos per cápita el gasto de Castilla y León es de 1.415 euros per cápita, mientras que en Castilla-La Mancha es de 1.243 euros per cápita. Esta diferencia obedece a la distinta situación de partida y a la desigual evolución demográfica de ambas Castillas, ya que en el caso de Castilla-La Mancha, en el periodo considerado la inmigración ha implicado un aumento importante de la población residente, que ha hecho, que el gasto per cápita en los tres últimos años considerados se mantuviese constante a pesar de haber experimentado un crecimiento medio del gasto sanitario público total del 12,44%, superior al aumento del 9,65% registrado en Castilla y León.

Una vez, estimados los perfiles de gasto relativo y teniendo el gasto del año base podemos estimar el impacto que la demografía tendrá sobre el gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Para ello partimos de los gastos per cápita y sexo en el año 2008 y utilizando los perfiles relativos calculados anteriormente obtenemos los gastos per cápita, grupo de edad y sexo en cada uno de los tipos de gasto considerado. Sobre éstos aplicamos las previsiones de población obtenidas por el INE y así obtenemos el gasto futuro de Castilla-La Mancha y Castilla y León debido a causas demográficas tal como se recoge en la tabla 59, donde hemos detallado los componentes del gasto sanitario público total en los años 2009 y 2020, valorados a euros constantes de 2009.

A partir de los valores estimados en euros constates entre los dos años extremos podemos calcular la tasa acumulada de crecimiento entre 2009 y 2020 y la tasa anual acumulativa entre 2009 y 2020. Los datos de la tabla 60 muestran el crecimiento del gasto sanitario público en ambas castillas en función exclusivamente de los cambios demográficos. En Castilla-La Mancha nuestro modelo estima un aumento del gasto público en todo el periodo del 7,77%, mientras que en Castilla y León el aumento se cifra únicamente en el 3,13%. En términos de tasa anual

Tasa acumulada de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020

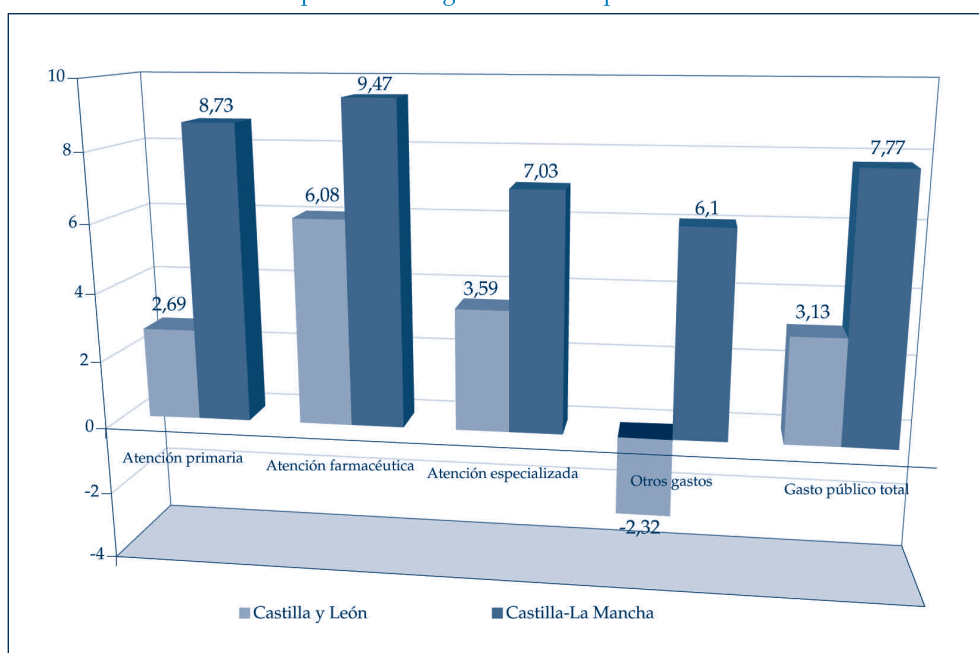


Gráfico 71 Fuente: Elaboración propia.

Efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020

Castilla y León			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Atención primaria	2,69	-2,32	5,01
Atención farmacéutica	6,08	-2,32	8,40
Atención especializada	3,59	-2,32	5,91
Otros gastos	-2,32	-2,32	0,00
Gasto público total	3,13	-2,32	5,45
Castilla-La Mancha			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Atención primaria	8,73	6,10	2,63
Atención farmacéutica	9,47	6,10	3,37
Atención especializada	7,03	6,10	0,93
Otros gastos	6,10	6,10	0,00
Gasto sanitario público	7,77	6,10	1,67

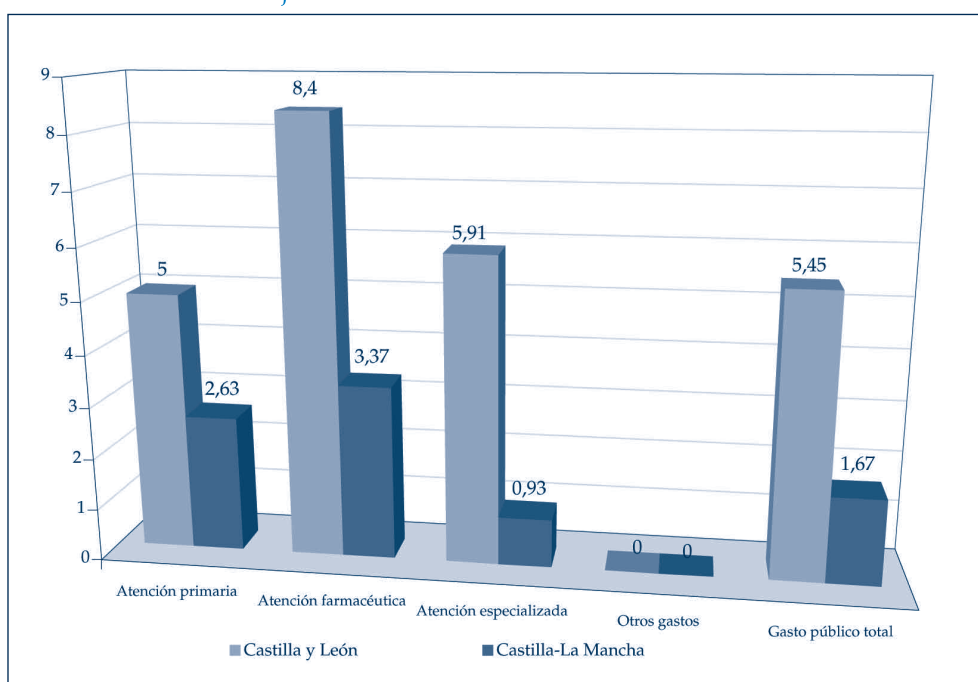
Fuente: Elaboración propia.



acumulativa, el gasto sanitario público crecería cada año en Castilla-La Mancha por motivos demográficos un 0,68%, mientras que en Castilla y León lo haría un 0,28%.

Si descomponemos el incremento del gasto sanitario público total entre los dos efectos asociados a la demografía, esto es el efecto cobertura producido por la variación de la población y el efecto envejecimiento generado por el cambio en la estructura etárea de la población podemos apreciar como los datos obtenidos para ambas castillas se matizan de forma considerable. Así el efecto cobertura explica una variación del 6,10% de los 7,77% de aumento del gasto sanitario público en Castilla-La Mancha lo que supone un 78% de la variación total, mientras que en el caso de Castilla y León el efecto cobertura implicaría un descenso del gasto sanitario público del 2,32%. Esto se debe a la diferencia en la evolución de la población en las dos castillas. Así en Castilla-La Mancha el INE estima un aumento de población entre 2009 y 2020, mientras que en Castilla y León la estimación que ofrece el INE es hacia una reducción del número de habitantes en 2020. Esta variación de la población es la que explica en exclusiva el signo y la magnitud del efecto cobertura. Este argumento es idéntico si consideramos la tasa anual acumulativa. Por su parte, el envejecimiento supone un incremento del gasto sanitario en Castilla-La Mancha del 1,67%, mientras que en Castilla y León explicaría un 5,45%. Por tanto la contribución del envejecimiento no es muy importante en Castilla-La Mancha, donde la variación fundamental en el gasto sanitario público se explica por la variación de la población. Por el contrario, en Castilla y León es el envejecimiento el que explica el aumento del gasto sanitario reflejado en el modelo, ya que su aumento

Tasa acumulada de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020 debida únicamente al efecto envejecimiento



Fuente: Elaboración propia.

compensa el descenso producido por la pérdida de habitantes. En este sentido, la variación de la composición etérea en Castilla y León es mucho más pronunciada que en Castilla-La Mancha.

Si ahora estudiamos el efecto del envejecimiento sobre los distintos componentes del gasto sanitario público apreciamos como el gasto en atención primaria crecería en Castilla y León un 5,01, mientras que el gasto farmacéutico aumentaría un 8,40% y el gasto en especializada lo haría un 5,91%, todos en tasas acumuladas. En Castilla-La Mancha el gasto en atención primaria aumentaría un 2,63%, mientras

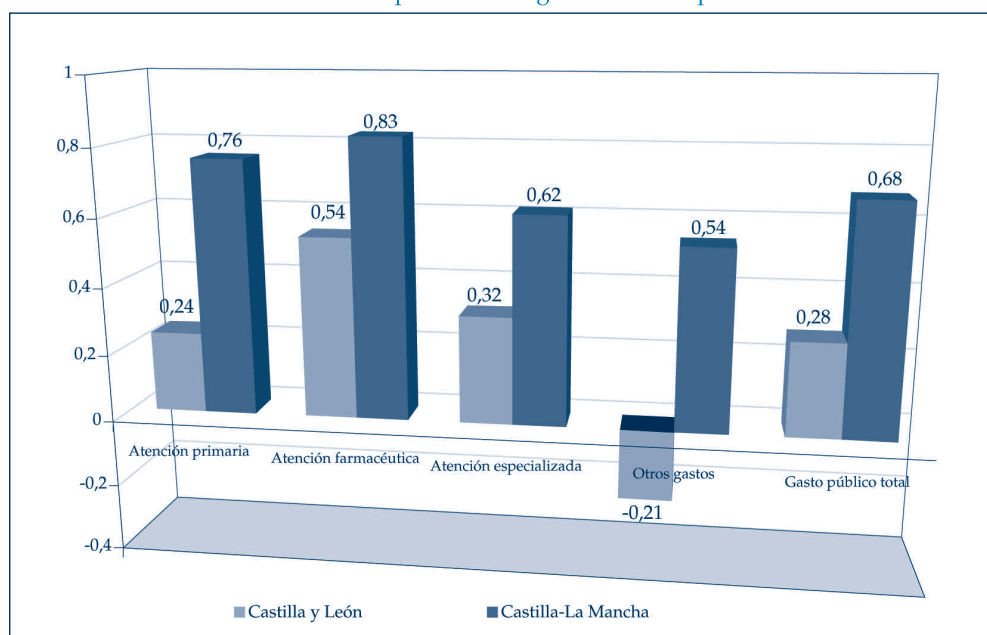
Efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasa Anual Acumulativa 2009-2020

Castilla y León			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Atención primaria	0,24	-0,21	0,45
Atención farmacéutica	0,54	-0,21	0,75
Atención especializada	0,32	-0,21	0,53
Otros gastos	-0,21	-0,21	0,00
Gasto público total	0,28	-0,21	0,49
Castilla-La Mancha			
	Efecto total	Cobertura	Envejecimiento
Atención primaria	0,76	0,54	0,22
Atención farmacéutica	0,83	0,54	0,29
Atención especializada	0,62	0,54	0,08
Otros gastos	0,54	0,54	0,00
Gasto sanitario público	0,68	0,54	0,14

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 62

Tasa Anual Acumulativa de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020



Fuente: Elaboración propia.

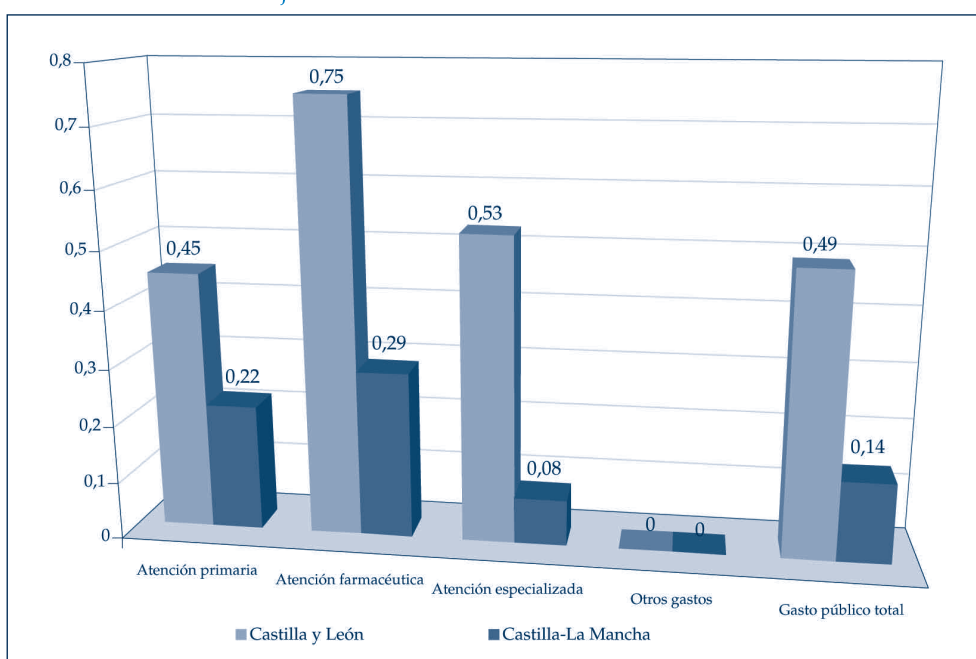
Gráfico 73



que el gasto en farmacia lo haría un 3,37% y el gasto en atención especializada lo haría únicamente un 0,93%. En ambas comunidades es la atención farmacéutica la que se aprecia más sensible al envejecimiento, mientras que la contribución de la atención primaria y la especializada es diferente en cada comunidad.

En términos de tasa anual acumulativa el gasto en atención primaria crecería en Castilla y León un 0,45% al año frente al 0,22% que aumentaría en Castilla-La Mancha. Por su parte el gasto en farmacia se incrementaría un 0,75% en Castilla y León y un 0,29% en Castilla-La Mancha. Por último, el gasto en especializada aumentaría un 0,53 en Castilla y León y únicamente un 0,08% en Castilla-La Mancha. El gasto farmacéutico es el componente del gasto que más sensible es al envejecimiento. Las diferencias entre los resultados que se dan en especializada hay que buscarlas en los cambios etéreos que se producirán en una y otra comunidad. Así como hemos comentado anteriormente el patrón poblacional de ambas comunidades es muy diferente. En Castilla-León se reduce el número absoluto de habitantes, mientras que en Castilla-La Mancha aumenta de forma considerable. Por otro lado, la composición etérea en Castilla-La Mancha no se ve muy modificada entre 2009 y 2020, de ahí la poca importancia que el efecto envejecimiento tiene sobre el total del aumento del gasto sanitario público en el periodo considerado, sólo el 20% de la variación total. Por este motivo, el aumento del gasto sanitario que se produce en especializada en Castilla-La Mancha se explica básicamente por el efecto cobertura y no por el efecto en envejecimiento, mientras que en Castilla y León ocurre lo contrario.

Tasa Anual Acumulativa de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020 debido únicamente al efecto envejecimiento



Fuente: Elaboración propia.



CAPÍTULO 5

Demografía y gasto sanitario futuro: comparación de resultados de Castilla- La Mancha y Castilla y León con Cataluña

Como hemos señalado en la introducción el objetivo central de este apartado es comparar las estimaciones realizadas por Casado et al. (Casado, 2009) sobre el impacto de la demografía en el gasto sanitario futuro de las comunidades autónomas en el caso de dos comunidades concretas: Castilla y León y Castilla-La Mancha.

Como hemos mencionado en el apartado anterior, la principal aportación de nuestro estudio reside en la utilización de **fuentes directas** de las dos comunidades autónomas seleccionadas. Como acabamos de comentar, los trabajos de Cabasés y Casado utilizan unos perfiles de gasto por edades calculados para un único territorio, España y Cataluña, para posteriormente extrapolarlos a los perfiles de gasto sanitario del resto de comunidades autónomas que configuran el Sistema Nacional de Salud. Este supuesto es válido siempre y cuando la utilización de recursos por grupo de edad sea muy similar entre comunidades, ya que de no ser así la extrapolación de un perfil de gasto sanitario por grupo de edad no representativo supondría la asunción de una estructura errónea para la estimación del gasto futuro de cada una de las comunidades que difiriesen del patrón utilizado en cada caso. (Casado, 2009).

Por este motivo, el presente trabajo pretende comprobar si este supuesto es consistente con la realidad de diferentes comunidades autónomas y sus respectivos Sistemas regionales de Salud. Nuestro punto de partida será el trabajo de

Casado, ya que las estimaciones de los perfiles de salud se hacen en su mayoría a partir de datos administrativos, RCA, y no a través de fuentes secundarias o encuestas. Nuestro objetivo es comprobar las diferencias existentes entre las estimaciones realizadas a partir de los perfiles de datos de la población catalana con los obtenidos directamente en Castilla-La Mancha y Castilla y León.

Esta comparación se hace con el modelo *naïve*, ya que en nuestro caso no hemos podido desagregar el efecto producido por la inmigración o por la muerte, circunstancia que hace que el único escenario metodológicamente idéntico entre ambos trabajos sea el modelo *naïve*. Por otra parte, es el único para el que Casado et al. descomponen los efectos del gasto total entre el componente de cobertura y el envejecimiento para las dos comunidades objeto del estudio.

Como se aprecia en la tabla 63 las diferencias sobre el efecto total que producen los fenómenos demográficos sobre el gasto sanitario público en Castilla-La Mancha y Castilla y León son muy importantes. Así en Castilla y León el aumento acumulado en el gasto sanitario público como consecuencia de las variaciones en la cantidad y la composición etárea de la población se cifra en nuestro modelo en el 3,13%, mientras que en Casado et al. es de 4,70%. Esta diferencia es mucho mayor para Castilla-La Mancha donde nuestro incremento es del 7,77% y el de Casado et al. del 16,20%. En términos de tasa anual acumulativa nuestro trabajo arroja unas estimaciones de 0,28% y del 0,68% respectivamente frente al 0,40% y 1,40% respectivamente obtenidos en el trabajo de Casado et al.

Estas diferencias se explican en gran medida por el componente de cobertura, ya que las estimaciones del INE utilizadas en nuestro caso estiman un aumento acumulado de la población de Castilla-La Mancha del 6,10 frente al 13,70% que manejaron Casado et al. En Castilla y León las estimaciones del INE utilizadas en nuestro caso estiman un descenso de la población del 2,32% frente al 1,50% de descenso utilizado en el trabajo de Casado et al. Estas diferencias son debidas al cam-

Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020.

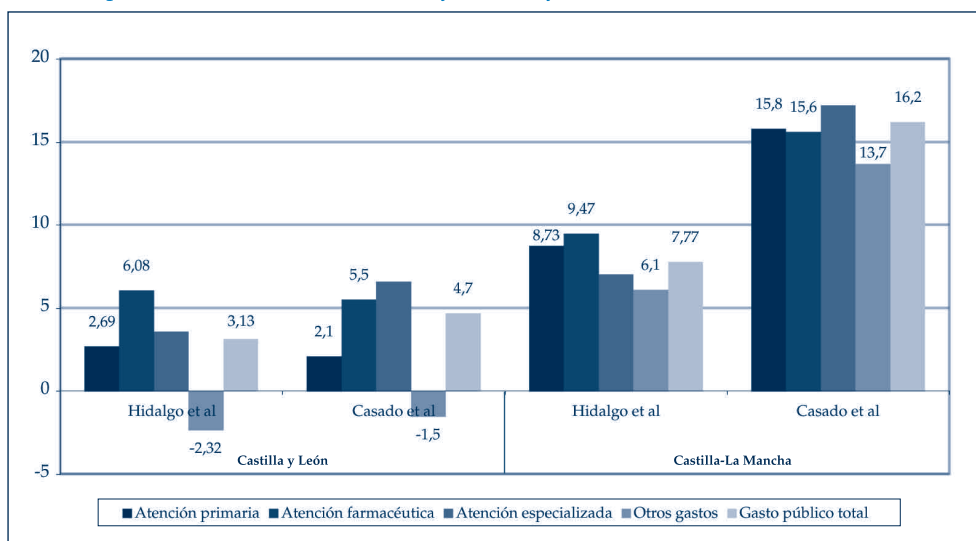
Efecto total	Castilla y León		Castilla-La Mancha	
	Hidalgo et al	Casado et al	Hidalgo et al	Casado et al
Atención primaria	2,69	2,10	8,73	15,80
Atención farmacéutica	6,08	5,50	9,47	15,60
Atención especializada	3,59	6,60	7,03	17,20
Otros gastos	-2,32	-1,50	6,10	13,70
Gasto público total	3,13	4,70	7,77	16,20
Efecto envejecimiento	Hidalgo et al	Casado et al	Hidalgo et al	Casado et al
Atención primaria	5,01	3,60	2,63	2,10
Atención farmacéutica	8,40	6,90	3,37	2,00
Atención especializada	5,91	8,10	0,93	3,50
Otros gastos	0,00	0,00	0,00	0,00
Gasto público total	5,45	6,20	1,67	2,50

Fuente: Elaboración propia.



bio de escenario demográfico realizado por el INE entre el año 2005 y el año 2010. En nuestro caso, el INE ya ha recogido los efectos que la crisis económica está generando en los flujos netos de entrada de inmigrantes, reflejando un escenario de estancamiento durante los 11 años estimados. Mientras que las proyecciones utilizadas por el trabajo de Casado et al. manejaban dos escenarios demográficos que el INE había estimado en función de la entrada neta de inmigrantes en España. Cualquiera de los dos escenarios contemplados reflejaban un aumento de la población considerable debido a la entrada de inmigrantes.

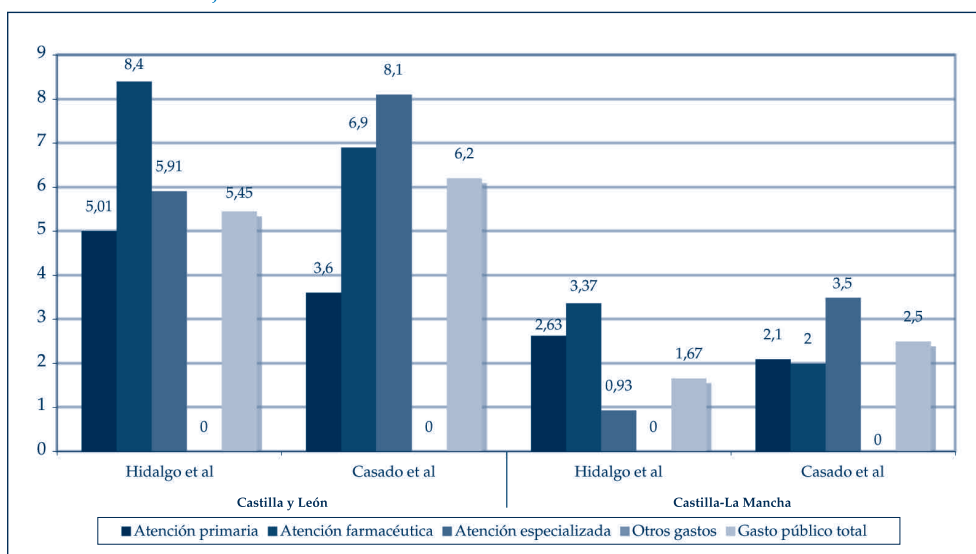
Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 75

Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas debidas únicamente al envejecimiento 2009-2020



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 76

Por este motivo, para una correcta comparación debemos fijarnos en los resultados de la tabla 64, en el que sólo se tienen en cuenta los efectos que el envejecimiento produce sobre el gasto sanitario, una vez descontado el efecto cobertura, que como hemos explicado anteriormente es el que introduce las diferencias básicas entre los dos trabajos al proceder de estimaciones a corto plazo del INE realizado con supuestos y realidades poblacionales bien diferentes. Así en términos acumulados, el gasto sanitario público aumenta como consecuencia del envejecimiento en Castilla y León un 5,45% en nuestro trabajo frente al 6,20% del trabajo de Casado et al. Estos mismos datos para Castilla-La Mancha son del 1,67% en nuestro trabajo frente al 2,50% en el de Casado. Hay que señalar que en el caso de las tasas acumuladas ambos trabajos recogen el mismo número de años, 11 en concreto, ya que en nuestro caso el periodo de análisis es 2009 a 2020 y en el de Casado et al. de 2005 a 2016. Si queremos evitar la comparación entre periodos de tiempo heterogéneos y hacemos la comparación en términos de tasas anuales acumulativas apreciamos como en nuestro trabajo la tasa de Castilla León es del 0,49% y la de Castilla-La Mancha del 0,14% frente al 0,20% y 0,60% respectivamente obtenida por Casado et al.

Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas 2009-2020.

Efecto total	Castilla y León		Castilla-La Mancha	
	Hidalgo et al	Casado et al	Hidalgo et al	Casado et al
Atención primaria	0,24	0,20	0,76	1,30
Atención farmacéutica	0,54	0,50	0,83	1,30
Atención especializada	0,32	0,60	0,62	1,40
Otros gastos	-0,21	-0,10	0,54	1,20
Gasto público total	0,28	0,40	0,68	1,40
Efecto envejecimiento	Hidalgo et al	Casado et al	Hidalgo et al	Casado et al
Atención primaria	0,45	0,30	0,22	0,20
Atención farmacéutica	0,75	0,60	0,23	0,20
Atención especializada	0,53	0,70	0,08	0,30
Otros gastos	0,00	0,00	0,00	0,00
Gasto público total	0,49	0,20	0,14	0,60

Fuente: Elaboración propia.

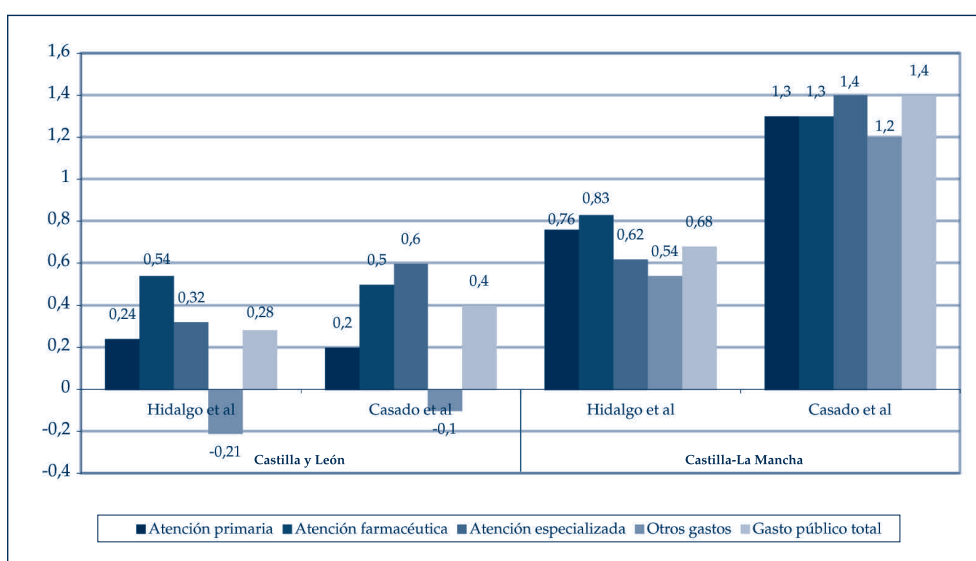
Tabla 64

Estas diferencias en cambio no se pueden explicar por diferentes estimaciones de población, sino por diferentes patrones de utilización relativa de recursos sanitarios por grupo etáreo y sexo de ambos trabajos. Es decir, obedecen a los cambios que hemos encontrado en nuestro trabajo al utilizar los datos de Castilla-La Mancha y Castilla y León para estimar los perfiles relativos de gasto por grupo etáreo y sexo, en lugar de extrapolar los encontrados por Casado et al. en Cataluña al resto de comunidades. Es decir, las diferencias entre las tasas de crecimiento del gasto sanitario público encontradas en la tablas 63 y 64 debidas al envejecimiento sólo se explica por unos patrones de utilización diferenciales entre las comunidades autónomas estudiadas y la catalana.



Así en términos acumulados y para Castilla y León nuestro trabajo pone de manifiesto un uso más intensivo de las personas mayores de la atención primaria y la farmacéutica en comparación a las estimaciones de Casado et al. Así el gasto en atención primaria crecería un 5,01% en nuestros resultados frente al 3,60% de Casado et al. El gasto farmacéutico aumentaría un 8,40% frente al 6,90% del trabajo de Casado. Por su parte en nuestro caso, el gasto en atención especializada aumenta como consecuencia del envejecimiento un 5,91% frente al 8,10% del suyo.

Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas 2009-2020



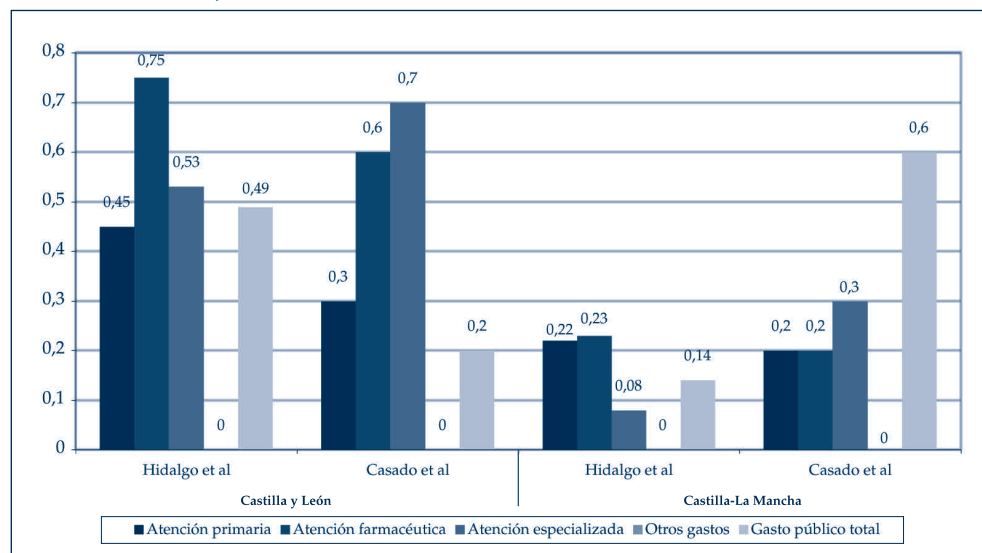
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 77

En cuanto a Castilla-La Mancha, e igualmente en términos acumulados, nuestro trabajo pone de manifiesto un uso más intensivo de las personas mayores de la atención primaria y la farmacéutica en comparación a las estimaciones de Casado et al., aunque en este caso parece que las diferencias no son tan importantes. Así el gasto en atención primaria crecería un 2,63% en nuestros resultados frente al 2,10% de Casado et al. El gasto farmacéutico aumentaría un 3,37% frente al 2,00% del trabajo de Casado. Por último, el gasto en atención especializada aumenta en nuestro modelo como consecuencia del envejecimiento un 0,93% frente al 3,5% de incremento en el de Casado. Este mismo patrón se repite en el caso de las tasas anuales acumulativas.

Las explicaciones a estas diferencias son dos. En primer lugar, el patrón de utilización de Castilla y León es más diferente al de los catalanes que el de Castilla-La Mancha, relativamente más próximo. En este sentido, la dispersión de la población y la existencia de núcleos rurales con poca población, siendo esta especialmente mayor, hace que el patrón relativo de utilización de recursos sanitarios sea más intensivos en atención primaria que el de los catalanes. Además, hay que recordar que en el caso del trabajo de Casado el patrón relativo de utilización por grupo etá-

Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas debidas únicamente al envejecimiento 2009-2020



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 78

reoy sexo en atención primaria se obtiene de los datos de la ENS de 2006, mientras que en nuestro caso se obtiene de los servicios de información de los dos sistemas regionales, SACYL y SESCAM, con datos reales de visitas y frecuentación por tramo de edad y sexo. Por otro lado, en ambas comunidades se aprecia una mayor contribución del gasto farmacéutico, aspecto que se puede explicar por el mayor porcentaje de personas mayores que acuden a primaria, terminando en muchos casos estas visitas con la prescripción de un medicamento.

Por último, las diferencias entre los datos de atención especializada reflejadas en nuestro trabajo en comparación al de Casado et al. son importantes, especialmente para Castilla-La Mancha. La explicación puede deberse a que nosotros hemos utilizado para calcular el perfil relativo por grupo etáreo y sexo el gasto total por GRD, y no el número de contactos ponderados por el peso del GRD como en el caso de Casado et al. Por este motivo, aunque las personas mayores, sobre todo a partir de los 70 años tengan una utilización más intensiva que las personas de menor edad de la atención hospitalaria, estas lo hacen en GRD con un menor coste medio, con lo que al estimar el perfil relativo en función del coste total por GRD por grupo etáreo y sexo los datos pueden ser distintos que los que se obtienen de la frecuentación, aunque se ponderen por el peso medio.

El envejecimiento se asimilaría a lo que sucede con las mujeres entre 20 y 44 años, que si bien tienen más ingresos hospitalarios que los hombres en ese mismo tramo de edad, su gasto medio es menor al ingresar sobre todo por partos, siendo estos más baratos que el GRD medio de su correspondiente grupo etáreo. Este aspecto, unido a la poca variación de la composición etárea de Castilla-La Mancha puede explicar la diferencia entre nuestros datos y los de Casado para este tipo de atención sanitaria.



CAPÍTULO 6 Conclusiones

Desde nuestro punto de vista el presente trabajo ofrece una conclusión, ya repetida, que es la ausencia de determinismos al poder explicar el gasto sanitario. A lo largo de las páginas del presente informe hemos identificado tendencias generales que se mantienen invariantes independientemente del contexto, del ámbito geográfico y del tiempo. Entre estas tendencias identificamos el incremento del gasto sanitario en los países de la OCDE e incluso en los nuevos países industrializados o en vías de desarrollo, la preocupación por la sostenibilidad de los actuales sistemas nacionales de salud tal como hoy los conocemos, el hecho que cuanto más gente atendamos mayor será el gasto, junto a que las personas de mayor edad o próximas a su muerte utilizan más los servicios sanitarios.

Sin embargo, también hemos comprobado que estas tendencias generales presentan muchos matices en cuanto el foco del análisis desciende de lo macro a lo micro. En este sentido, hemos identificado aspectos diferenciales en patrones de utilización de los recursos sanitarios entre dos comunidades autónomas aparentemente bastante homogéneas como Castilla-La Mancha y Castilla y León, siendo estas diferencias mayores si tenemos en cuenta una comunidad tan diferente a ellas como Cataluña.

En este sentido, si bien los determinantes demográficos, número de población y composición por grupos etáreos, expli-



can variaciones del gasto sanitario entre las comunidades estudiadas, las diferencias en la utilización de los recursos sanitarios reflejadas en los perfiles relativos demuestran que existen otros determinantes fundamentales que inciden sobre el gasto y que deben tenerse en cuenta para articular políticas sanitarias capaces de dar respuesta a las necesidades que una población específica tiene en un territorio determinado. Por otra parte, muchas de estas diferencias vienen dadas o bien condicionadas por decisiones previas de política sanitaria, como son la organización territorial de cada sistema regional de salud, la priorización de la asistencia primaria frente a la especializada o viceversa, el grado de inversión y de dotación en infraestructuras o tecnologías sanitarias. Estos aspectos hacen que, si bien los retos son los mismos, los condicionantes y particularidades de cada territorio tienen que incorporarse para matizar y enriquecer los análisis llevados a cabo, motivo por el que la extrapolación de las conductas o de los perfiles de utilización de recursos sanitarios de una comunidad autónoma a otra no sea sencilla.

Nadie puede negar que la descentralización sanitaria ha supuesto un reto para nuestra nación y para nuestro Sistema Nacional de Salud. El proceso con sus luces y sombras, presenta un resultado inequívoco a los casi diez años del último traspaso de transferencias: cada comunidad ha desarrollado un sistema regional de salud propio y específico pensado para dar respuesta a un tipo de población y en un territorio determinado. Es cierto que existe una cierta cohesión y uniformidad, y que las tendencias de fondo son comunes a todos. Sin embargo también es verdad que los matices y diferencias son lo suficientemente importantes para incorporarlos al análisis.

Empezaremos por detallar estas tendencias comunes presentes a lo largo de todo este trabajo, para finalizar por resumir los matices que explican las diferencias encontradas en el impacto que tiene el envejecimiento sobre el gasto sanitario.

En el capítulo tercero hemos constatado a partir de los datos que nos ofrecen la ENS 2006 y la EES 2009 que el grupo de más edad (desde los 65 años y, a partir de esta edad, habitualmente de forma creciente) consume recursos sanitarios en mayor medida que el conjunto de la población. Esto se observa con claridad en la frecuentación a las consultas de atención primaria y de enfermería. Las personas mayores, concentran buena parte de la atención sanitaria a domicilio (especialmente en el grupo de mayores de 75 años), siendo usuarios en mayor medida que el conjunto de la población de los recursos de la sanidad pública. De la misma forma, el uso de recursos hospitalarios también es mayor en la población de más edad (el número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes crece de forma muy significativa con la edad), teniendo además mayor intensidad en el uso de este tipo de recursos, como muestran los indicadores de estancia media y de duración media del último ingreso, superiores para los grupos de población de más de 65 años a los del conjunto de la población y con tendencia creciente en relación con la edad.

En cuanto al acceso a la atención también se aprecian diferencias importantes. En los mayores de 65 años el ingreso hospitalario se produce a través del servicio de urgencias en mayor medida que para el conjunto de la población. Sin embargo,



la utilización de dichos servicios de urgencias no parece ser mayor con la edad, de manera que, a diferencia de lo que sucede habitualmente, los mayores de 65 años no parecen utilizar el servicio de urgencia en mayor medida que la población en general. Por ello, el mayor porcentaje de ingresos realizados por esta vía es debido a sus morbilidades, que se traducen en una probabilidad de ingreso mayor cuando acuden a urgencias, sin que exista un uso de los servicios de urgencias más intensivo que el de la población general.

Por el contrario, las personas mayores son el grupo etáreo a los que se les practica mayor número de pruebas no urgentes y además con mayor frecuencia, especialmente en el caso de pruebas sencillas (análisis) o de seguimiento y control de enfermedades (tomadas de tensión arterial o control del colesterol).

Por último, los mayores de 65 años son consumidores de medicamentos en mayor proporción que el conjunto de la sociedad (el 91,6% ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas), aunque para este grupo poblacional el grado de automedicación (medicamentos consumidos sin receta) es inferior a la media.

A pesar de estos consumos relativos más altos en las personas mayores, los resultados del capítulo quinto demuestran que los aspectos demográficos sólo explican una parte muy reducida del incremento del gasto sanitario público. Ni el aumento de la población, ni el envejecimiento de la misma son aspectos determinantes en el sostenido incremento del gasto sanitario público. De hecho, los fenómenos demográficos, a diferencia de lo que sucede con las pensiones, sólo explicarían una parte reducida del incremento del gasto sanitario público. Así en nuestro trabajo, el impacto de la demografía y el envejecimiento se traduce en una tasa anual acumulativa para el periodo 2009-2020 de crecimiento del gasto sanitario público del 0,28% para Castilla y León y del 0,68% para Castilla-La Mancha, tasas muy lejanas respectivamente al 9,65% y al 12,44% que reflejan las tasas medias de variación del gasto sanitario público nominal en cada comunidad en el periodo 2005-2008.

Por tanto, aunque los factores demográficos tienen importancia no son el motor del aumento del gasto sanitario público, ni presionan excesivamente al alza el mismo. Esto es así, porque los dos aspectos básicos por los que la demografía influye en el gasto sanitario son las variaciones en la población y los cambios en su composición. Respecto al primero, la caída en la llegada de inmigrantes, junto al retorno de muchos de ellos hace prever que el efecto cobertura suponga en el periodo 2009-2020 una tasa anual acumulativa del -0,21% para Castilla y León y del 0,54% para Castilla-La Mancha. En cuanto al segundo, el hecho de que el gasto de las personas mayores es más elevado que el de las personas jóvenes, queda corroborado por los perfiles relativos obtenidos para la atención primaria, especializada y farmacéutica; el efecto envejecimiento implicará una tasa anual acumulativa en el periodo 2009-2020 del 0,49% para Castilla y León y del 0,14% para Castilla-La Mancha. En términos acumulados, en Castilla y León el aumento en el gasto sanitario público en el periodo 2009-2020 como consecuencia de las variaciones en la canti-

dad y la composición etárea de la población se cifra en nuestro modelo en el 3,13%, mientras que Castilla-La Mancha alcanza el 7,77% .

Nuestros resultados demuestran que las estimaciones realizadas sobre el efecto que tienen los fenómenos demográficos sobre el gasto sanitario público de las comunidades autónomas son muy sensibles a las proyecciones de población utilizadas para su obtención. En este sentido, la tendencia actual, consecuencia de la profunda crisis económica, de salida progresiva de inmigrantes y sobre todo de una ralentización muy importante en la entrada de nuevos, hace que las presiones previstas debidas al aumento de la población sobre el gasto sanitario público se estén moderando en comparación a las estimadas con proyecciones de hace cinco años.

Por otro lado, los sistemas regionales de salud son heterogéneos en cuanto a la cartera de servicios y prestaciones, su organización y oferta de recursos asistenciales, y también en cuanto a la utilización de recursos sanitarios que hacen sus poblaciones respectivas. El uso viene determinado por las características sociales, demográficas, culturales y meramente geográficas de cada población y territorio considerado. Por este motivo, no es de extrañar que la utilización de datos específicos de cada comunidad autónoma enriquezca el análisis y permita obtener nuevas visiones y aportaciones diferenciadas del efecto del envejecimiento sobre el gasto sanitario público.

En este sentido, la comparación de nuestros resultados con el trabajo anterior de Casado et., al financiado por la Fundación Pfizer, permite extraer una serie de conclusiones importantes. Hay que recordar que uno de los objetivos fundamentales del informe era constatar si la extrapolación de los perfiles relativos de utilización de recursos sanitarios de la población catalana al resto de comunidades autónomas era consistente o no. Para una correcta comparación entre ambos estudios debemos fijarnos en los resultados que únicamente tienen en cuenta los efectos que el envejecimiento produce sobre el gasto sanitario, una vez descontado el efecto cobertura, que difiere en uno y otro estudio al proceder de estimaciones a corto plazo del INE realizadas con supuestos y realidades poblacionales bien diferentes. Así, en términos acumulados, la previsión de aumento del gasto sanitario público en el periodo 2009-2020 como consecuencia únicamente del envejecimiento se estima en nuestro estudio en un 5,45% en Castilla y León frente al 6,20% del trabajo de Casado et al. Estos mismos datos para Castilla y La Mancha son del 1,67% en nuestro trabajo frente al 2,50% en el de Casado.

Estas diferencias se explican por distintos patrones de utilización relativa de recursos sanitarios por grupo etáreo y sexo en ambos trabajos. Es decir, obedecen a los cambios que hemos detectado en nuestro trabajo al utilizar los datos propios de Castilla-La Mancha y Castilla y León para estimar los perfiles relativos de gasto por grupo etáreo y sexo, en lugar de extrapolar los encontrados por Casado et al. en Cataluña al resto de comunidades. Las explicaciones a estas diferencias son dos. En primer lugar, el patrón de utilización de Castilla y León es más diferente al de los catalanes que el de Castilla-La Mancha, relativamente más próximo. En este sentido, la dispersión de la población y la existencia de núcleos rurales con poca población,



siendo ésta especialmente envejecida, hace que el patrón relativo de utilización de recursos sanitarios sea más intensivo en atención primaria que el de los catalanes. Existen igualmente diferencias importantes en atención especializada y dotación de tecnologías como consecuencia de las asimetrías existentes en las necesidades o demandas a las que los respectivos sistemas regionales deben de enfrentarse.

De esta forma, parece que nuestras estimaciones sugieren que el impacto estimado del envejecimiento sobre el gasto sanitario es inferior al estimado por Casado et al en las comunidades autónomas de Castilla-La Mancha y Castilla y León. En este sentido, la utilización de datos directos de cada comunidad para la obtención de los perfiles relativos de utilización de recursos sanitarios por grupos de edad parece ser fundamental a la hora de explicar las diferencias existentes entre nuestras estimaciones y las de Casado et al. La extrapolación de la utilización de los datos de los asegurados catalanes a las dos castillas implica una sobreestimación del aumento del gasto sanitario provocado por el envejecimiento, ya que los patrones de utilización difieren entre comunidades debido tanto a factores de oferta de como demanda. Ahora bien, hay que señalar que la mayor desviación entre nuestras previsiones y las de Casado se deben a las distintas estimaciones del efecto cobertura, más que al efecto envejecimiento.

Por otro lado, desde nuestro punto de vista la extrapolación de perfiles de utilización de recursos sanitarios medios al resto de comunidades es compleja y delicada, máxime si no proviene de fuentes directas. Como hemos señalado, nuestras estimaciones y las de Casado difieren sustancialmente en el efecto cobertura (aumento poblacional) debido a las diferentes proyecciones de población utilizadas, pero dibujan la misma tendencia en el efecto envejecimiento con unas diferencias no superiores al 1,0% en ambas comunidades. Esta similitud, se debe a la utilización en ambos casos de datos obtenidos directamente de cada comunidad y de una desagregación en grupos quinquenales, lo que permite recoger adecuadamente las diferencias en la utilización de los recursos sanitarios por cada grupo de edad.

Sin embargo, al comparar los resultados de nuestros estudios con los publicados recientemente por Cabasés et al., observamos como las diferencias son muy importantes. Así en el estudio de Cabasés et al. en el escenario poblacional 2, el más parecido al recogido en nuestro estudio, se estima una tasa de crecimiento del gasto sanitario público en el periodo 2005-2017 del -0,8% en Castilla y León y del 11,8% en Castilla-La Mancha. Estos datos difieren tanto de nuestros resultados como de los de Casado, debido básicamente a la utilización de perfiles de utilización de recursos sanitarios obtenidos para el conjunto nacional en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y extrapolados al resto de las comunidades autónomas. En este sentido, hay que señalar que el MSC utilizó grupos de edad que agrupan a las personas de 15 a 44 años, de 45 a 54, de 55 a 65, de 65 a 74 y de más de 75 años. Estas agrupaciones, mucho menos desagregadas que las utilizadas en nuestro trabajo y el de Casado, implican una pérdida de sensibilidad para captar el uso diferencial de los recursos sanitarios por grupo de edad. Este aspecto, sumado a la utiliza-

ción de patrones de gasto del año 2005, junto a la extrapolación de datos medios nacionales al resto de comunidades autónomas hacen que nuestras estimaciones difieran sustancialmente de las publicadas en el informe de Cabasés et al.

Creemos que una de las hipótesis previas a la realización de nuestro trabajo ha quedado demostrada, al comprobar que la utilización de recursos sanitarios por grupo de edad es diferencial en cada comunidad autónoma y que para realizar una correcta estimación del efecto que tiene la demografía en el gasto sanitario hay que utilizar datos directos de cada una de las comunidades autónomas, siendo la extrapolación de datos de la media nacional u de otra comunidad al resto, una mera aproximación a la realidad. Este aspecto, junto al ser el primer estudio que utiliza los datos de la encuesta europea de salud 2009 para España, permite presentar a la sociedad española evidencias y hallazgos especialmente útiles para la discusión y la reflexión sobre el futuro de la sanidad pública en nuestro país.

En resumen, en España, al igual que en el resto de los países de la OCDE, la presión del gasto sanitario es importante, siendo los motivos de este continuo deslizamiento al alza diversos y recurrentes: la aparición de tecnologías más costosas, un mayor consumo de servicios de asistencia sanitaria, unos aumentos de precios del sector sanitario superiores a la media de sectores y mejoras en la prestación real media por persona.

Por tanto, y al igual que pone de manifiesto la literatura sanitaria, el envejecimiento por sí sólo no parece ser un factor que amenace seriamente la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos, al margen de aspectos concretos, como el elevado gasto en el periodo inmediatamente anterior al fallecimiento de personas muy mayores, que conviene conocer y analizar mejor. Parece existir prácticamente unanimidad en todos los trabajos en señalar que son la prestación real media por persona y los cambios tecnológicos, los catalizadores del crecimiento del gasto sanitario público. Del mismo modo, también parece existir un amplio consenso sobre la preocupación que a medio y largo plazo supone la sostenibilidad de los actuales sistemas sanitarios públicos, tal como los conocemos en la actualidad.

En este sentido, hay que señalar que cualquier mirada hacia el futuro se encuentra hoy vinculada al concepto de sostenibilidad. Tal y como se reflejaba en el capítulo segundo del informe, es cierto que cuando hablamos de sostenibilidad en el ámbito de los sistemas públicos de salud, estamos haciéndonos una pregunta que se podría individualizar y trasladar a cualquier paciente o familiar del mismo: ¿cuánto estoy dispuesto a pagar por mi salud o mi calidad de vida o la de alguien de mi familia? Obviamente, resulta extremadamente difícil ponerle un tope económico a la respuesta, ya sea en porcentaje o en valor absoluto. No hay ningún indicio de que las expectativas de salud de la sociedad, el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias o el nivel de exigencia de los ciudadanos en las prestaciones vayan a disminuir en el futuro. Todos los individuos quieren más vida y más salud; hay que entender que el coste de este legítimo anhelo probablemente va a seguir creciendo en los próximos años.



A priori, no hay razones económicas ni de ninguna otra índole por las cuales los países no deban dedicar una mayor proporción de recursos a la atención sanitaria. El aumento de la participación pública puede justificarse si la demanda sigue creciendo y también si la inversión en innovación y tecnología sanitaria es más que compensada por una mayor calidad y/o productividad. A pesar ello, la solución no puede limitarse a incrementar el gasto en salud, por lo que siempre será preciso tomar y asumir decisiones difíciles en cuanto a las prioridades. La gestión y el control del gasto sanitario van a seguir siendo una parte crítica de las políticas para garantizar la viabilidad de las finanzas públicas, atendiendo al tiempo las demandas de bienestar de los ciudadanos.

Otro aspecto estrechamente ligado a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios es la mejora de la calidad de vida a través de cambios en los hábitos y estilos de vida de los ciudadanos. Aunque ya se ha aludido a ello al referenciar las medidas de salud pública y preventiva, su impacto sobre los costes sanitarios es tan importante como la necesidad de que otras instancias sociales e institucionales, además de las sanitarias, participen en la lucha efectiva contra los hábitos nocivos para la salud, como el consumo de tabaco o la obesidad, ya que su repercusión en el ahorro de gastos sanitarios, además de la mejora de la salud colectiva, sería considerable.

Uno de los efectos colaterales del envejecimiento más beneficioso para el sistema sanitario es que una cierta exacerbación de su impacto sobre el gasto social y sanitario está propiciando la reflexión, el análisis y el debate sobre otras cuestiones que se encuentran poco o nada relacionadas con el envejecimiento de nuestra población y más con nuestros modos o estilos de vida y con la capacidad de los sistemas sanitarios para gestionar sus recursos e implicación en mejoras de su eficiencia.

En suma, el envejecimiento no parece tanto una amenaza para los sistemas sanitarios, como una oportunidad para resolver problemas de la gestión de la asistencia sanitaria que a su vez, enraízan con otros de carácter político, organizativo, corporativo, institucional o económico, vinculados a la toma de decisiones y a los propios objetivos de salud del sistema sanitario. El objetivo de sostenibilidad en el ámbito de las políticas de gasto sanitario plantea desde luego cuestiones relacionadas con la solidaridad intergeneracional y cuyo origen es exógeno al sistema sanitario, especialmente el envejecimiento de la población, pero también la tasa de natalidad, la edad de jubilación, la tasa de actividad, el nivel de renta o el de formación, factores todos que van a influir en la demanda de asistencia sanitaria ahora y en las siguientes tres décadas y cuyos efectos deben ser previstos y sus soluciones provistas debidamente y con diligencia.



BIBLIOGRAFÍA

- AHN, N., GARCÍA, J. & HERCE, J. 2003. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. In: BBVA, F. (ed.) *Cuadernos de trabajo*. Bilbao.
- AHN, N., GARCÍA, J. & HERCE, J. 2005. Demographic Uncertainty and Health Care Expenditure in Spain. Available: <http://www.fedea.es/pub/Papers/2005/dt2005-07.pdf>.
- ALBANESE, E. & AL., E. 2007. Dementia UK, A report into the prevalence and cost of dementia prepared for the Alzheimer Society. London.
- ÁLVAREZ-DARDET, C., MONTAHUD, C. & RUIZ, M. T. 2001. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *European Journal of Public Health*, 11, 225-6.
- ANTONANZAS, F. & PORTILLO, F. 2003. [Economic evaluation of pharmacotherapies for smoking cessation]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 17, 393-403.
- ARTAZCOZ, L., MOYA, C., VANACLOCHA, H. & PONT, P. 2004. [Adult health]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 18 Suppl 1, 56-68.
- BENACH, J. & MUNTANE, C. 2005. *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, Editorial el Viejo Topo.
- BOAZ, R. F. 1996. Full-time employment and informal care giving in the 1980s. *Medical Care*, 34, 524-536.
- BREYER, F. & FELDER, S. 2006. Life expectancy and health care expenditure: A new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 75(2), 178-186.



- CABASÉS HITA, J. M. 2010. *Financiación del gasto sanitario en España : valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad* Bilbao, Fundación BBVA.
- CARRASCO-GARRIDO, P, DE MIGUEL, A. G., BARRERA, V. H. & JIMÉNEZ-GARCÍA, R. 2007. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 17, 503-7.
- CARRASCO-GARRIDO, P, JIMÉNEZ-GARCÍA, R., BARRERA, V. H. & GIL DE MIGUEL, A. 2008. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17, 193-9.
- CARRASCO-GARRIDO, P, JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ BARRERA, V., LÓPEZ DE ANDRÉS, A. & GIL DE MIGUEL, A. 2009. Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*
- CARRASCO, P, ASTASIO, P, ORTEGA, P, JIMÉNEZ, R. & GIL, A. 2001. [Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997]. *Med Clin (Barc)*, 116, 324-9.
- CASADO, D. (ed.) 2009. *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las Comunidades Autónomas*, Alcobendas (MADRID): Fundación Pfizer.
- CASTELLS X, MERCADÉ L & RIU M 2002. Envejecimiento y utilización hospitalaria. *Informe SESPAS 2002*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- COSTA-I-FONT, J. 2005. Inequalities in self-reported health within Spanish Regional Health Services: devolution re-examined? *The International Journal Of Health Planning And Management*, 20, 41-52.
- DEL RÍO, M. C., PRADA, C. & ÁLVAREZ, F. J. 1996a. [Consumption of drugs for the digestive system and for the metabolism by the Spanish population: study from the Health National Survey in 1987 and 1993]. *Gastroenterol Hepatol*, 19, 347-50.
- DEL RÍO, M. C., PRADA, C. & ÁLVAREZ, F. J. 1996b. The use of medication and alcohol among the Spanish population. *British Journal Of Clinical Pharmacology*, 41, 253-5.
- DORMONT, B., GRIGNON, M. & HUBER, H. 2006. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 15, 947-963.
- ECONOMIC POLICY AND THE EUROPEAN COMMISSION. 2006. The impact of ageing on public expenditure: Projections for the UE25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050).
- EIROA PATIÑO, P & AL., E. 1996. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)*, 106, 641-648.
- ESPINAS, J. A., RIBA, M. D., BORRAS, J. M. & SÁNCHEZ, V. 1995. [Health status, use of health services and reported morbidity: application of correspondence analysis]. *Rev Esp Salud Publica*, 69, 195-206.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., RODRÍGUEZ, V. & ROJO, F. 2000. Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science & Medicine (1982)*, 50, 17-26.



- FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. & LEÓN, D. A. 1996. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal Of Epidemiology*, 25, 593-603.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, D., MARTIN SÁNCHEZ, V., VAZQUEZ CASARES, A. M., LIEBANA PRESA, C., FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, M. E. & DE LUIS GONZÁLEZ, J. M. 2007. Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 44, 780-5.
- GARCÍA-ALTES, A., PINILLA, J. & PEIRO, S. 2006. [An approach to "quality-adjusted life years" quality of life weights from self-assessed health status]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 20, 457-64.
- GARCÍA, A., HERNÁNDEZ, I. & ÁLVAREZ-DARDET, C. 1991. [Quitting the tobacco habit in Spain]. *Medicina Clínica*, 97, 161-5.
- GARCÍA GOÑI, M. 2006. Análisis descriptivo del gasto sanitario español : evolución, desglose, comparativa internacional y ralción con la renta. *Papeles de trabajo. Serie economía 24/2006*. Instituto de Estudios Fiscales.
- GONZALO, E. & PASARIN, M. I. 2004. [Health among the elderly]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 18 Suppl 1, 69-80.
- GREEN, L. W. & MERCER, S. L. 2001. Can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities? *Am J Public Health*, 91, 1926-9.
- GUALLAR-CASTILLÓN, P., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., DIEZ GANAN, L., RAMÓN BANEGAS BANEGAS, J., LAFUENTE URDINGUIO, P. & DEL REY CALERO, J. 2001. [Smoking and subjective health in Spain]. *Medicina Clínica*, 116, 451-3.
- GUTIÉRREZ-FISAC, J. L., REGIDOR, E. & RONDA, E. 1992. Occupational accidents and alcohol consumption in Spain. *International Journal Of Epidemiology*, 21, 1114-20.
- HAKKINEN, U., MARTIKAINEN, P., NORO, A., NIHTILA, E. & PELTOLA, M. 2008. Aging, Health Expenditure, Proximity to Death, and Income in Finland. *Health Economics, Policy and Law*, 3, 165-195.
- HITIRIS, T. & POSNETT, J. 1992. The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries. *Journal of Health Economics*, 11, 173-181.
- IMSERSO 2003. Las personas mayores en España. Informe 2002. In: OBSERVATORIO DE LAS PERSONAS MAYORES (ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE 2008. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- INE 2009. *Proyecciones de población a corto plazo. 2009-2019*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- INE 2010. *Encuesta Europea de Salud en España. EES-2009*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES. 2007. Informe para el análisis del gasto sanitario (IAGS). Available: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>



- INTERVENCIÓN GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO (IGAE). 2005. Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. Available: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>
- JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., LÓPEZ DE ANDRÉS, A., PÉREZ, N. & DE MIGUEL, A. G. 2008a. Influenza vaccination coverages among children, adults, health care workers and immigrants in Spain: related factors and trends, 2003-2006. *The Journal Of Infection*, 57, 472-80.
- JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., SIERRA-MOROS, M. J., MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, D. & DE MIGUEL, A. G. 2006. Influenza vaccination coverages among Spanish children, adults and health care workers. *Infection*, 34, 135-41.
- JIMÉNEZ-GARCÍA, R., JIMÉNEZ, I., GARRIDO, P. C., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., DE ANDRÉS, A. L., DEL BARRIO, J. L. & DE MIGUEL, A. G. 2008b. Coverage and predictors of influenza vaccination among adults with diabetes in Spain. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 79, 510-7.
- JIMÉNEZ, R., LARRAURI, A., CARRASCO, P., ESTEBAN, J., GÓMEZ-LÓPEZ, L. I. & GIL, A. 2003. Influenza coverages in Spain and vaccination-related factors in the subgroup aged 50-64 years. *Vaccine*, 21, 3550-5.
- KOTLIKOFF, L. & HAGIST, C. 2005. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries.
- LEE, R. & MILLER, T. 2002. An Approach to Forecasting Health Expenditures, with Application to the U.S. Medicare System. *Health Services Research*, 37, 1365-1386.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. & MOSTERÍN, A. 2006. Los nuevos ejes del gasto social: hacia una visión generacional de las políticas públicas.
- LÓPEZ-DE-ANDRÉS, A., CARRASCO-GARRIDO, P., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., DE MIGUEL, A. G. & JIMÉNEZ-GARCÍA, R. 2008. Coverages and factors associated with influenza vaccination among subjects with chronic respiratory diseases in Spain. *European Journal of Public Health*, 18, 173-7.
- LÓPEZ CASANOVAS, G. & MOSTERÍN, A. 2008. El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl.1), 43-52.
- LÓPEZ NICOLÁS, A. 2002. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ*, 11, 521-35.
- LUBITZ, J. D. & RILEY, G. F. 1993. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med*, 328, 1092-6.
- MANTON, K. G. 1982. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Q*, 60, 183-244.
- MATTEO, L. D. 2005. The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*, 71, 23-42.
- MAYO MONTERO, E., HERNÁNDEZ BARRERA, V., SIERRA MOROS, M. J., PACHÓN DEL



- AMO, I., CARRASCO GARRIDO, P., GIL DE MIGUEL, A. & JIMÉNEZ GARCÍA, R. 2004. [Evolution of the degrees of influenza vaccine (flu shot) coverage in Spain throughout the 1993-2001 period. Analysis by Autonomous Communities]. *Revista Espanola De Salud Publica*, 78, 481-92.
- MEHROTRA, A. 2003. WHAT'S BEHIND THE HEALTH EXPENDITURE TRENDS? *Annual Review of Public Health*, 24, 385-412.
 - MORALES SUÁREZ-VARELA, M. M., LLOPIS GONZÁLEZ, A., MORENO GUILLEM, E., MARTÍNEZ SELVA, M. I., VITORIA MINANA, I. & GISBERT, V. 1997. [Toxic habits in relation to cancer of the larynx]. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*, 48, 45-50.
 - MSPS 2010. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 - OECD 2005. *Long-term care of older people*, Paris, OECD.
 - OECD 2006a. Current understanding of concepts, definitions and data sources for long-term care expenditure. Paris: OECD.
 - OECD. 2006b. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?
 - OECD 2007. Improved Health System Performance Through Better Care Co-ordination. Paris: OECD.
 - OECD 2010a. The challenge of financing health care in the current crisis: an analysis based on the OCDE data. *Health Working papers*, 49.
 - OECD 2010b. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. *Health Working papers*, 50.
 - OECD 2010c. OECD Health Data 2010. Paris: OECD.
 - PICKARD, L. & AL, E. 2007. Modeling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17, 33-48.
 - PRADA, C., PRADA, R., DEL RÍO, M. C. & ÁLVAREZ, F. J. 1995. [Traffic accidents in the Spanish population]. *Medicina Clínica*, 105, 601-4.
 - PUIG-JUNOY, J. 2006. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl.1), 96-102.
 - PUIG-JUNOY, J., CASTELLANOS, A. & PLANAS, I. 2004. Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. In: PUIG-JUNOY, J., LÓPEZ-CASASNOVAS, G. & ORTÚN, V. (eds.) *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson.
 - PUIG-JUNOY, J., PLANAS, I. & TUR, A. 2005. Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-1003 y proyecciones 2004-2017. *Mimeo*.
 - REGIDOR, E., DE MATEO, S., GUTIÉRREZ-FISAC, J. L., FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. & RODRÍGUEZ, C. 1996. [Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain]. *Medicina Clínica*, 107, 285-8.
 - REGIDOR, E., MARTÍNEZ, D., ASTASIO, P., ORTEGA, P., CALLE, M. E. & DOMÍNGUEZ, V. 2006. [Association of income with use of and access to health services in Spain



- at the beginning of the XXI century]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 20, 352-9.
- RIBERA, B., CASAL, B., CANTARERO, D. & PASCUAL, M. 2008. [Adapting health services to the specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. 2008 SESPAS Report]. *Gaceta Sanitaria / S E S P A S*, 22 Suppl 1, 86-95.
 - RIVLIN, A. M. & WIENER, J. M. 1988. *Caring for the disabled elderly. Who will pay?*, Washington D.C., The Brookings Institution.
 - RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., DE ANDRÉS MANZANO, B., GUALLAR-CASTILLÓN, P., PUENTE MENDIZABAL, M. T., GONZÁLEZ ENRIQUEZ, J. & DEL REY CALERO, J. 2000. The association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain. *Preventive Medicine*, 31, 554-61.
 - RODRÍGUEZ, M. & STOYANOVA, A. 2004. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics*, 13, 689-703.
 - RUIZ CANTERO, M. T., PAPI GALVEZ, N., CARBRERA RUIZ, V., RUIZ MARTÍNEZ, A. & ÁLVAREZ-DARDET DIAZ, C. 2006. [Gender systems and/in the Spanish National Health Interview Survey]. *Gac Sanit*, 20, 427-34.
 - SARRIA-SANTAMERA, A. & TIMONER, J. 2003. Influenza vaccination in old adults in Spain. *European Journal of Public Health*, 13, 133-7.
 - SARRIA, A. & TIMONER, J. 2002. [Determination of influenza vaccination in persons 65 years of age and older]. *Revista Espanola De Salud Publica*, 76, 17-26.
 - SCHULZ, E. 2005. Alternative Scenarios for Health, Life Expectancy and Social Expenditure. *ENEPRI Research report N°. 4*. ENEPRI.
 - SESHAMANI, M. & GRAY, A. 2004. Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics*, 13, 303-314.
 - SIMÓ MIÑANA, J. 2007. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Atención Primaria*, 39, 127-132.
 - STEARNS, S. C. & NORTON, E. C. 2004. Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. *Health Econ*, 13, 315-27.
 - TAMARIT CONEJEROS, J. M., CARRASCO LLATAS, M., ESTELLES FERRIOL, E., FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, S., BAVIERA GRANELL, N. & DALMAU GALOFRE, J. 2007. [Supraglottic and glottic carcinomas. Study of the incidence in the last 31 years]. *Acta Otorrinolaringológica Espanola*, 58, 449-53.
 - URBANOS, R. 2006. El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro. *Revista Asturiana de Economía*, 35.
 - VAZQUEZ-FERNÁNDEZ DEL POZO, S., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., ÁLVAREZ-MARTÍN, E., LÓPEZ-DE ANDRÉS, A., GIL DE MIGUEL, A. & JIMÉNEZ-GARCÍA, R. 2007. Influenza vaccination coverage and related factors among Spanish children. *The Journal Of Infection*, 54, 483-9.
 - VIOQUE, J. & VICENTE, M. C. 1994. [The prevalence of obesity in Orihuela, Alicante, Spain. A comparison with the data from the National Health Care Survey in Spain]. *Med Clin (Barc)*, 103, 636-7.



- WHITE, K. L., WILLIAMS, T. F. & GREENBERG, B. G. 1961. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, 265, 885-92.
- WHO 2000. Health Care Systems in Transition. Germany 2000. *European Observatory on Health Care Systems*. WHO.
- WINAKUR, J. 2005. What are we going to do with Dad? *Health Affairs*, July/August 2005.
- WITTENBERG, R., PICKARD, L., COMAS-HERRERA, A., DAVIES, B. & DARTON, R. 1998. *Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People*, University of Kent
- ZWEIFEL, P., ELDER, S. & M., M. 1999. Aging of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*, 8, 485-496.



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1 Gasto en salud en relación al PIB (previsiones OCDE 2007-2010)	22
TABLA 2. Consecuencias de haber alcanzado el presupuesto de gasto sanitario (OCDE)	24
TABLA 3. Porcentaje de la población con 65 años o más en la OCDE	36
TABLA 4. Modalidad de cobertura sanitaria según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2006	50
TABLA 5. Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006	52
TABLA 6. Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006	52
TABLA 7. Lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas por grupo de edad y sexo. Porcentajes. Año 2006	53
TABLA 8. Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad	56
TABLA 9. Altas hospitalarias por 100.000 habitantes según el grupo de edad y el sexo. Año 2006	56
TABLA 10. Porcentaje de los ingresos hospitalarios realizados a través del servicio de urgencias. Año 2006	59
TABLA 11. Número medio de asistencias recibidas del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006	59
TABLA 12. Porcentaje de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2006	60
TABLA 13. Realización de pruebas no urgentes en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2006	60
TABLA 14. Tipo de prueba no urgente realizada en las últimas 4 semanas por grupo de edad en porcentaje de la población a la que se le ha realizado alguna prueba. Año 2006	60
TABLA 15. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial y desde la última medición de colesterol, según sexo y grupo de edad. Año 2006	62



TABLA 16. Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. ENS 2006	63
TABLA 17. Porcentaje de personas que se automedican frente al total que consume medicinas por sexo y grupo de edad. Año 2006	63
TABLA 18. Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia o general según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	64
TABLA 19. Tiempo transcurrido desde la última consulta al especialista según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	65
TABLA 20. Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	68
TABLA 21. Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	68
TABLA 22. Lugar de la última consulta médica a un especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad y sexo. Porcentajes. Año 2009	70
TABLA 23. Motivo principal para no consultar al especialista cuando lo necesita en los últimos 12 meses por grupo de edad y sexo. Porcentajes. Año 2009	71
TABLA 24. Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	73
TABLA 25. Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	73
TABLA 26. Duración media en días de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	75
TABLA 27. Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	75
TABLA 28. Porcentaje de utilización media en días en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	76
TABLA 29. Número medio de admisiones en el hospital de día en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	77
TABLA 30. Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	78
TABLA 31. Porcentaje de personas que se han automedicado en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	81
TABLA 32. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista según sexo y grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	82
TABLA 33. Número medio de visitas al dentista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	83
TABLA 34. Porcentaje de práctica preventiva realizada por grupo de edad. Año 2009	84
TABLA 35. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial según sexo y grupo de edad. Año 2009	88
TABLA 36. Gasto medio en consultas al médico de familia o general y especialista en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	91
TABLA 37. Gasto medio en atención dental en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	91
TABLA 38. Gasto medio en medicamentos recetados por un médico y consumidos en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Año 2009	92
TABLA 39. Evolución población de las CC.AA. de 2002 a 2010	98
TABLA 40. Población total y densidad en el 2010	99



TABLA 41. Proyecciones de población por comunidad autónoma de 2010 a 2020	101
TABLA 42. Proyecciones de población por comunidad autónoma (2010=100)	101
TABLA 43. Proyecciones de defunciones por comunidad autónoma de 2010 a 2019	104
TABLA 44. Gasto sanitario público: aportación sectorial	110
TABLA 45. Gasto sanitario público: clasificación funcional	110
TABLA 46. Número de visitas en atención primaria por edad y sexo en 2009	114
TABLA 47. Número de visitas medias en atención primaria por edad y sexo en 2009	115
TABLA 48. Perfil relativo del número de visitas anuales a atención primaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	115
TABLA 49. Gasto farmacéutico por edad y sexo en 2009	117
TABLA 50. Gasto farmacéutico medio por edad y sexo en 2009	118
TABLA 51. Perfil relativo del gasto farmacéutico número de visitas anuales (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	119
TABLA 52. Altas hospitalarias, peso español medio y coste medio por grupo de edad y sexo en Castilla y León en 2009	120
TABLA 53. Altas hospitalarias, peso español medio y coste medio por grupo de edad y sexo en Castilla-La Mancha en 2009	121
TABLA 54. Gasto en atención hospitalaria por grupos de edad y Sexo en 2009	122
TABLA 55. Gasto medio en atención hospitalaria por grupos de edad y Sexo en 2009	122
TABLA 56. Perfil relativo del gasto medio en atención hospitalaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	123
TABLA 57. Gasto sanitario público consolidado	125
TABLA 58. Gasto sanitario público per cápita consolidado	126
TABLA 59. Efecto Gasto sanitario total por componentes (euros constantes de 2009). Años 2009 y 2020 en Castilla-La Mancha y Castilla y León	127
TABLA 60. Efecto de la demografía sobre el gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León: 2009-2020	127
TABLA 61. Efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020	128
TABLA 62. Efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anual Acumulativa 2009-2020	130
TABLA 63. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020	134
TABLA 64. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas 2009-2020	136



GRÁFICO 1 Gasto en sanidad en porcentaje sobre el PIB en España y otros países de la OCDE	19
GRÁFICO 2 Crecimiento anual del gasto en salud en porcentaje del PIB, 2000-2008	20
GRÁFICO 3. Gasto total, público y privado en salud, en países de la OCDE, 2008	20
GRÁFICO 4. Gasto sanitario público por funciones de las Comunidades Autónomas, 2002-2008	23
GRÁFICO 5 Pirámide de población española, 2010	27
GRÁFICO 6. Gasto sanitario total y gasto público sanitario en España como porcentaje del PIB	30
GRÁFICO 7. Previsión/proyección de la pirámide poblacional de UE 25 para el año 2050	32
GRÁFICO 8. Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2006	51
GRÁFICO 9. Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2006	51
GRÁFICO 10. Lugar de la última consulta médica en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2006	54
GRÁFICO 11. Motivo de la última consulta médica en las últimas 4 semanas según grupo de edad. Año 2006	55
GRÁFICO 12. Consulta de enfermería en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2006	55
GRÁFICO 13. Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006	56
GRÁFICO 14. Estancia media según el grupo de edad. Año 2006	57
GRÁFICO 15. Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2006	58
GRÁFICO 16. Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Ambos sexos. Año 2006	63
GRÁFICO 17. Tiempo transcurrido desde la última consulta al médico de familia o general por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	66
GRÁFICO 18. Tiempo transcurrido desde la última consulta al especialista por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	66
GRÁFICO 19. Número medio de consultas al médico de familia o general en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009	67
GRÁFICO 20. Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009	67
GRÁFICO 21. Lugar de la última consulta médica a un especialista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Porcentajes. Año 2009	68
GRÁFICO 22. Porcentaje de inaccesibilidad a consulta especializada en los últimos 12 meses, al menos en una ocasión, por grupo de edad. Año 2009	69
GRÁFICO 23. Motivo principal para no consultar al especialista cuando lo necesita en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	69
GRÁFICO 24. Porcentaje de visita a otros profesionales sanitarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	72
GRÁFICO 25. Porcentaje de hospitalización en los últimos 12 meses según grupo de edad. Año 2009	72



GRÁFICO 26. Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	73
GRÁFICO 27. Duración media en días de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	74
GRÁFICO 28. Duración media en días del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	74
GRÁFICO 29. Porcentaje de utilización del hospital de día en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	76
GRÁFICO 30. Número medio de admisiones en el hospital de día en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	77
GRÁFICO 31. Porcentaje de inaccesibilidad a la hospitalización recomendada por un médico en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	78
GRÁFICO 32. Porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009	79
GRÁFICO 33. Porcentaje de tipo de medicamento recetado consumido en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009	80
GRÁFICO 34. Porcentaje de personas que se han automedicado en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Año 2009	81
GRÁFICO 35. Porcentaje de utilización de servicios asistenciales domiciliarios en los últimos 12 meses por grupo de edad. Año 2009	81
GRÁFICO 36. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista por grupo de edad. Porcentajes para el año 2009	82
GRÁFICO 37. Número medio de visitas al dentista en las últimas 4 semanas por grupo de edad. Año 2009	83
GRÁFICO 38. Porcentaje de visitas a servicios de medicina alternativa en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Año 2009	84
GRÁFICO 39. Porcentaje de vacunación antigripal en la última campaña por grupo de edad. Año 2009	85
GRÁFICO 40. Porcentaje de toma de tensión alguna vez por grupo de edad. Año 2009	85
GRÁFICO 41. Porcentaje de medición de colesterol alguna vez por grupo de edad. 2009	86
GRÁFICO 42. Porcentaje de medición de glucosa en sangre alguna vez por grupo de edad. Año 2009	86
GRÁFICO 43. Porcentaje de realización de una prueba de sangre oculta en heces alguna vez por grupo de edad. Año 2009	86
GRÁFICO 44. Porcentaje de mamografía alguna vez por grupo de edad. Año 2009	87
GRÁFICO 45. Porcentaje de realización de citología vaginal alguna vez por grupo de edad. Año 2009	87
GRÁFICO 46. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial por grupo de edad. Año 2009	87
GRÁFICO 47. Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol por grupo de edad. Año 2009	88
GRÁFICO 48. Tiempo transcurrido desde la última medición de glucosa en sangre por grupo de edad. Año 2009	89
GRÁFICO 49. Tiempo transcurrido desde la última prueba en sangre oculta en heces por grupo de edad. Año 2009	89



GRÁFICO 50. Tiempo transcurrido desde la última mamografía por grupo de edad. Año 2009	89
GRÁFICO 51. Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal por grupo de edad. Año 2009	90
GRÁFICO 52. Gasto medio en consultas al médico de familia o general y especialista en las últimas 4 semanas por grupos de edad. Año 2009.....	90
GRÁFICO 53. Gasto medio en atención dental en las últimas 4 semanas por grupos de edad. Año 2009	92
GRÁFICO 54. Gasto medio en medicamentos recetados por un médico y consumidos en las últimas 2 semanas por grupos de edad. Año 2009	93
GRÁFICO 55. Distribución de la población por grupo de edad en el 2010	96
GRÁFICO 56. Pirámide de población de España en 2010	96
GRÁFICO 57. Pirámide de población de Castilla-La Mancha en 2010	97
GRÁFICO 58. Pirámide de población de Castilla y León en 2010	97
GRÁFICO 59. Pirámide de población de Cataluña en 2010	98
GRÁFICO 60. Tasa de variación de la población entre el 2010 y el 2002	99
GRÁFICO 61. Crecimiento absoluto y relativo de la población total de 2000 a 2019	102
GRÁFICO 62. Población total y población de 65 y más años en 2020 (2010=100)	103
GRÁFICO 63. Población total 2020 y defunciones en 2019 (2010=100)	104
GRÁFICO 64. Pirámides de población de Castilla-La Mancha en 2010 y 2020	105
GRÁFICO 65. Pirámides de población de Castilla y León en 2010 y 2020	105
GRÁFICO 66. Tasa de dependencia en 2010 y 2020	106
GRÁFICO 67. Distribución porcentual por partidas funcionales del GSP en 2008	111
GRÁFICO 68. Perfil relativo del número de visitas anuales a atención primaria (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	116
GRÁFICO 69. Perfil relativo del gasto farmacéutico medio (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	119
GRÁFICO 70. Perfil relativo del gasto en atención especializada medio (per cápita= 1), por grupos de edad y Sexo en 2009	124
GRÁFICO 71. Tasa acumulada de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020	128
GRÁFICO 72. Tasa acumulada de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020 debida únicamente al efecto envejecimiento	129
GRÁFICO 73. Tasa Anual Acumulativa de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020	130
GRÁFICO 74. Tasa Anual Acumulativa de los componentes del gasto sanitario público de 2009 a 2020 debido únicamente al efecto envejecimiento	131
GRÁFICO 75. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas 2009-2020	135
GRÁFICO 76. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Acumuladas debidas únicamente al envejecimiento 2009-2020	135



GRÁFICO 77. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas 2009-2020	137
GRÁFICO 78. Comparación de resultados del efecto de la demografía sobre los componentes del gasto sanitario público de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Tasas Anuales Acumulativas debidas únicamente al envejecimiento 2009-2020	138

