

Tercera parte



Retos del sistema de salud

Gasto en la atención a la salud y en la atención a largo plazo: estimados para el 2050*

Mandeep Bains,¹ Howard Oxley¹

Introducción

Este documento describe los estimados del gasto público en la atención a la salud y en la atención a largo plazo durante el periodo comprendido entre el 2000 y el 2050 utilizando un método de estimación similar en todos los países.[‡] Este documento recopila la labor por parte de los estados miembros de la Unión Europea (UE) con información similar para cuatro países adicionales (la República Checa, Japón, Nueva Zelanda y Noruega) que ha sido proporcionada a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Ha venido en aumento el interés en los estimados de esta naturaleza ya que los miembros de la OCDE han llegado a tomar más conciencia de las implicaciones de la generación que experimentó una explosión en la natalidad después de la segunda guerra mundial (*baby boom*) la disminución consecuente en la tasa de fertilidad y una mayor longevidad en la estructura de las edades de la población. Todos los países miembros de la OCDE experimentarán un incremento en la edad, de manera particularmente

* Este capítulo es una traducción de: OCDE. Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies. Paris: OECD (Health Project series), 2004. Se reproduce con autorización expresa de los autores.

¹ Mandeep Bains trabaja en la Europe Aid Cooperation Office (Oficina de Cooperación para Ayuda a Europa), Programa de Seguridad Alimenticia en la Comisión Europea de la Unión Europea. Howard Oxley trabaja en el Departamento de Economía en la OCDE. Se agradece a sus diversos colegas los comentarios y, sobre todo, a los representantes de los estados miembros que han proporcionado los estimados subyacentes.

[‡] Este trabajo ha sido realizado por el Grupo de Trabajo de Expertos Ad hoc sobre la Implicación fiscal de las personas de la tercera edad en la OCDE y el Grupo de trabajo sobre la población de la tercera edad en la Unión Europea. Estos grupos examinaron el posible impacto de los cambios demográficos en la mayor parte del gasto público relacionado con la edad (pensiones a personas de la tercera edad, programas que permitan la jubilación anticipada de la fuerza laboral, atención a la salud y atención a largo plazo, así como compensaciones para menores y familiares). Estos estimados se interpretaron sobre los modelos nacionales utilizando los casos de antecedentes convenidos con respecto al ambiente económico. Véase la referencia 1 para resultados más detallados y la 2 para resultados más recientes de los países miembros de la UE.

importante en Europa Continental y Japón. Por los resultados reflejados en la OCDE, en conjunto, (promedio no ponderado del país), la tasa de la población con edades de 65 y mayores y para la población con edades de 15 a 64 se incrementará en 20.6% en 2000, 37.9% en 2030 y 48.9% en 2050, a pesar de que el ritmo y el periodo del incremento varía considerablemente de un país a otro. Debido también a que la población de mayor edad tiende a tener una condición más enfermiza y a hacer mayor uso de los servicios de atención a la salud, existe una percepción general de que habrá una necesidad mayor de atención a la salud. Y, en la medida en la que estos servicios sean financiados o prestados, en mayor medida por el sector público, se pondrá mayor presión en las finanzas públicas.

Así, el objetivo de este documento es brindar amplias medidas indicadoras de qué tan necesario puede llegar a ser dicho incremento. Sin embargo, el enfoque utilizado y la gran incertidumbre que permea los estimados durante un periodo tan largo, hace que el cuidadoso manejo de estos estimados sea algo importante. Las siguientes secciones describen la metodología, presentan los estimados centrales y analizan la sensibilidad de los resultados con respecto a diversos supuestos. El ensayo concluye con un análisis de algunos factores importantes que no han sido tomados en consideración en estos estimados y que pudieran afectar en forma importante los productos. Los resultados sugieren que el incremento en la necesidad de la atención y el gasto público relacionado, pudiera representar un poco menos de dos puntos porcentuales del PIB para la atención de problemas serios de salud y un poco más de un punto porcentual para la atención a largo plazo durante la siguiente mitad del siglo. Sin embargo, existe una variación considerable en todos los países.

El método

De acuerdo con el sistema de Contabilidad de la salud de la OCDE,³ la atención de problemas (serios) de salud se define para que abarque la atención ambulatoria principal, la atención de problemas serios de salud en hospitales, centros farmacéuticos y otros suministros relacionados con la atención a la salud (por ejemplo, prótesis).^{*} La atención a largo plazo es una ayuda esencial para los discapacitados o aquellos que no pueden cuidar de sí mismos (por ejemplo, después del periodo de atención de problemas serios de salud). Esto incluye la atención a largo plazo en un ambiente institucional –que no sea la atención de enfermeros– y los servicios que se han destinado a mantener a las personas en sus hogares la mayor parte del tiempo posible (véase el Anexo para mayores detalles).

* Sin embargo, no todos los países están en posición de seguir estas definiciones.

Los estimados se interpretaron sobre la base de los costos porcentuales de atención a la salud y de la atención a largo plazo por grupos de edad. Los estimados más recientes de los costos de la atención de la salud per cápita por grupos de edad, se multiplicaron por el número de personas en cada grupo de edad en 2000 (año base). Estos resultados (por grupos de edad) se sumaron después hasta obtener un estimado para el gasto total. Sin embargo, debido a que los datos de la atención de la salud per cápita en general no se derivaban, o no eran consistentes, con la información de contabilidad nacional, los estimados per cápita de los gastos de atención de la salud por grupos de edad fueron entonces ajustados en forma proporcional, para que los gastos totales para todos los grupos de edad fueran equivalentes al gasto real en 2000. Los estimados para los años futuros se calcularon utilizando los mismos costos base al año per cápita por grupos de edad, pero el número de personas en cada grupo podía variar de conformidad con el cambio en la estructura de la población durante el periodo de estimación. Entonces estos resultados se ajustaron con un índice del PIB por trabajador (es decir, productividad) y el resultado era entonces obtenido como una participación del PIB estimado* (véase el Anexo para mayores detalles).

Los estimados[†]

La información sobre la estructura por edades del costo de la atención de problemas serios de salud y de la atención a largo plazo (figuras 1 y 2) indica que los costos de la atención de la salud incrementan en forma importante con la edad, pero tienden a disminuir cuando las personas tienen una longevidad mayor a los 80 u 85 años.[§] Sin embargo, se compensa por los drásticos aumentos en los costos per cápita en la atención a largo plazo entre personas muy grandes.

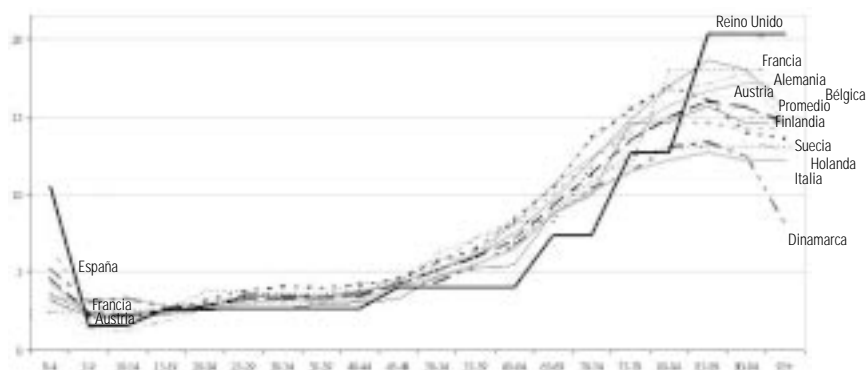
Suponiendo que estos patrones de costos se mantienen durante esos periodos y que el gasto no se ve afectado por otros factores, los estimados indican un incremento en el gasto total de atención a la salud durante el periodo 2000-2050 de

* Un grupo de supuestos comunes se impuso a los países para calcular el PIB durante el periodo de la estimación. Estos supuestos incluían las tasas de participación, desempleo, productividad, precios e intereses. El índice del PIB por trabajador (o productividad) se toma como el resultado más probable mientras los salarios tiendan a seguir la productividad, véase, por ejemplo, Towse.⁴ Estimados adicionales con base en el índice del PIB *per cápita* pueden encontrarse en el documento del Comité de Políticas Económicas.²

† Los resultados para países de la Unión Europea han sido proporcionados por la Comisión. Son los mismos que aquellos que se presentaron en el Comité de Políticas Económicas⁵ excepto para el caso de Italia, en donde se han proporcionado los estimados más recientes.

§ Los datos sobre los costos por grupos de edad no están disponibles para los cuatro países adicionales.

Figura 1
Costos de la atención de la salud exactos per cápita,
por grupos de edad en los países seleccionados.
Gastos porcentuales por individuo como un grupo de PIB per cápita (%)



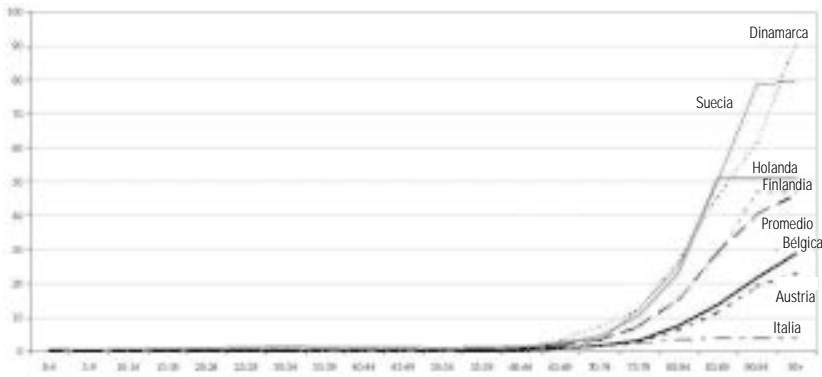
a) Los perfiles relacionados con la edad, expresados con un grupo de PIB per cápita, fueron aquellos que se utilizaron para obtener los estimados del gasto de atención a la salud. El año base utilizado para los estimados varía ligeramente entre los estados miembros y para que los perfiles refieran diferentes años para diferentes estados miembros: 1997 para Francia; 1998 para Bélgica, Dinamarca, España y el Reino Unido; 1999 para Italia; y 2000 para Alemania, Finlandia, Holanda, Austria y Suecia.

b) Los perfiles de gastos en este caso se relacionan al gasto público en atención a la salud únicamente. Excluyen notablemente el gasto privado y el gasto público en la atención a largo plazo.

c) Cuando el perfil por edades es plano al término de la distribución por edades, esto generalmente se debe a un desglose en los grupos de edad que no están disponibles en las mayores edades en aquellos estados miembros.

Fuente: Retos presupuestales presentados por poblaciones de personas de la tercera edad, EPC 2001.

Figura 2
Costos de cuidados a largo plazo per cápita
por grupos de edad en los países seleccionados
Gastos promedio por persona como un grupo de PIB per cápita (%)



a) Los perfiles relacionados con la edad, expresados con un grupo de PIB per cápita, fueron aquellos que se utilizaron para obtener los estimados de los gastos de cuidados a largo plazo. El año base utilizado varía en todos los estados miembros y por lo tanto los perfiles en la figura se refieren a los diferentes años para diferentes estados miembros: 1998 para Bélgica y Dinamarca; 1999 para Italia; y 2000 para Austria, Finlandia, Holanda y Suecia.

b) Los perfiles de gastos en este caso se relacionan al gasto público en cuidados a largo plazo únicamente. Notablemente, excluyen los gastos privados.

c) Cuando el perfil etario es plano al término de la distribución por edades, esto generalmente se debe a un desglose en los grupos etarios que no están disponibles en las mayores edades en aquellos estados miembros.

Fuente: Retos presupuestales presentados por poblaciones de individuos de la tercera edad, EPC 2001.

aproximadamente tres puntos porcentuales del PIB promedio, con solamente dos puntos porcentuales por abajo atribuibles a la atención de problemas serios de salud y únicamente un punto por arriba atribuible a la atención a largo plazo (cuadro I).

Los estimados para los incrementos del gasto en la atención a problemas serios de salud hasta 2050 varían de alguna forma en todos los países, siendo menor en Dinamarca, Portugal y Suecia y mayor en la República Checa y Japón. El rango de estimados es mayor para la atención a largo plazo, reflejando parcialmente los diversos niveles de gasto público en el año inicial. Por ejemplo, en los países con menores niveles de gastos en 2000 (España, Francia, Italia y Japón), los incrementos fueron relativamente modestos, mientras que tendían a ser mayores en los países con mayor gasto inicial (Holanda, Noruega y Suecia). Esto refleja parcialmente el hecho de que un incremento proporcional equivalente a una pequeña base dará como resultado un cambio menor en el nivel de gasto que cuando fueron tomados de una base mayor. Esto pudiera sugerir que, para los países con poco gasto, estos estimados pueden calcularse con base en probables tendencias a largo plazo, si existiera una tendencia para alcanzar los niveles actuales de gasto en otros países.*

Pruebas de sensibilidad

Las pruebas de sensibilidad (que se describen en el Recuadro 1) se muestran en los cuadros II y III. Comparar estos estimados alternos es difícil, ya que con la posible excepción de mayor mortandad (véase el Recuadro), no existe información a priori sobre la probabilidad de que ocurran. Algunas veces una amplia variabilidad de resultados conforme a las diversas pruebas destaca la necesidad de la atención en la interpretación de los valores basales. Los cambios de los valores basales generalmente son proporcionales al tamaño del incremento de la medición basal estimada –es decir, países con mayores incrementos estimados en la medición basal también tienden a tener mayores desviaciones absolutas de los valores basales en las pruebas de sensibilidad.

Diferencias en los supuestos de índices y desarrollos de población

Los resultados clave son:

- En el escenario que utiliza menores tasas de mortandad específicas por edad, el gasto es de aproximadamente 0.5 puntos porcentuales y de 0.5 a 0.7 puntos

* De igual forma, el incremento puede ser más modesto en, por ejemplo, los países Nórdicos, si alguna parte del financiamiento de la atención a largo plazo se cambia al sector privado.

Cuadro I
Estimados de costos de la atención a la salud y a largo plazo:
2000-2050^a

	Total de atención a la salud y a largo plazo		Atención a la salud		Cuidados a largo plazo	
	Gastos 2000	Cambio en los gastos 2000-2050 indexados en productos por trabajador	Gastos 2000	Cambio en los gastos 2000-2050 indexados en productos por trabajador	Gastos 2000	Cambio en los gastos 2000-2050 indexados en productos por trabajador
Austria	5.8	3.1	5.1	2.0	0.7	1.1
Belgica	6.1	2.4	5.3	1.5	0.8	0.8
Dinamarca	8.0	3.5	5.1	1.1	3.0	2.5
Finlandia	6.2	3.9	4.6	1.8	1.6	2.1
Francia	6.9	2.5	6.2	1.9	0.4	0.3
Alemania			5.7	2.1		
Grecia			4.8	1.6		
Irlanda ^b	6.6	2.5	5.9	2.3	0.7	0.2
Italia	5.5	2.1	4.9	1.7	0.6	0.4
Holanda	7.2	3.8	4.7	1.3	2.5	2.5
Portugal			5.4	1.3		
España			5.0	1.5		
Suecia	8.8	3.3	6.0	1.2	2.8	2.1
Reino Unido	6.3	2.5	4.6	1.4	1.7	1.0
República Checa	6.6	3.2	5.6	2.5	0.9	0.7
Japón ^c	5.4	5.0	5.3	4.5	0.1	0.5
Nueva Zelanda	5.7	3.8	4.3	1.8	1.4	2.0
Noruega ^d	8.6		4.7		3.9	
Promedio de puntos ^e	6.7	3.2	5.2	1.9	1.5	1.2
Promedio comparable ^f	6.6	3.1	5.1	1.7	1.5	1.4

a) Los estimados se basan en los índices por salidas por trabajador.

b) Los resultados para Irlanda se expresan como un grupo de PIB.

c) No está claro si los resultados para Japón son los índices para el PIB per cápita o PIB por trabajador, los datos proporcionados también son preliminares.

d) Los resultados para Noruega se indexan sobre la productividad en el sector no petrolero y se expresan como porcentaje del PIB del continente.

e) Promedio no ponderado. Incluye todos los países no disponibles en el punto correspondiente en tiempo.

f) Promedio no ponderado. Incluye Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Italia, Holanda, Suecia, Reino Unido, la República Checa y Nueva Zelanda.

Fuente: EPC 2001; EPC 2003; Francia (datos LTC); y las respuestas de Italia al cuestionario EPC; respuestas al cuestionario del proyecto para estimación de la OCDE.

Recuadro I Pruebas de sensibilidad

Las siguientes pruebas de sensibilidad se realizaron tanto para la atención a la salud, como para atención a largo plazo.

Población

El escenario de expectativas de vida larga. En este escenario de población, se supuso que la tasa de mortandad se disminuyera en 30 y 20% para hombres y mujeres, respectivamente, de todos los grupos de edad. Esto corresponde aproximadamente a un incremento en las expectativas de vida al nacimiento de tres años y tres cuartos para los hombres y dos para las mujeres.*

El escenario de alto crecimiento en la población utilizó altos estimados de población nacional, con base en mayores tasas de nacimiento e inmigración, así como menor mortandad.

Crecimiento en los gastos

Los escenarios de riesgo de crecimiento a la alza / a la baja, son pruebas mecánicas que suponen que el porcentaje en el gasto de la atención a la salud en todos los grupos de edad por sexo puede incrementarse en: a) 0.25% al año por arriba y b) 0.25% por año por debajo al crecimiento de PIB per cápita durante el periodo de estimación para el escenario demográfico central.

porcentuales mayor para la atención a la salud y atención a largo plazo, respectivamente al término del periodo.

- Las mayores tasas de natalidad e inmigración en el escenario de alto crecimiento demográfico, generaron un resultado mayor y más personas en la población en edad de trabajar (grupos de edad con menores costos de atención a la salud y a largo plazo per cápita). Estos efectos compensaron en forma importante el impacto de mayor longevidad y menor mortandad mostrado en el escenario anterior. Como resultado, el incremento en el gasto de este escenario es un poco diferente del de los valores basales.

* Este escenario demográfico se basó en los supuestos que estimaron una probabilidad de aproximadamente dos terceras partes sobre una base de errores anteriores en los estimados de proyecciones demográficas. Véase Dang y colaboradores¹ para mayores detalles.

Cuadro II
Costos de la atención a la salud: prueba de sensibilidad
de supuestos alternos. Puntos porcentuales de PIB

	Gastos 2000 (nivel)	Valores basales demográficos 2050 (nivel)	Cambio 2000-2050	Cambio en los gastos 2000-2050: diferencia de valores basales				
				Altas expecta- tivas de vida demográfica	Alta población demográfica indexada en productos por trabajador	Ventajas del riesgo ^a	Desventajas del riesgo ^a	Escenario relacionado con la mortandad
Austria	5.1	7.1	2.0					
Bélgica	5.3	6.8	1.5	0.6	0.0	0.7	-1.0	
Dinamarca	5.1	6.2	1.1	0.1	0.0			
Finlandia	4.6	6.4	1.8	0.6	-0.1	0.1	-1.3	
Francia	6.2	8.1	1.9	0.2	-0.3			
Alemania	5.7	7.8	2.1	0.6	-0.4			
Grecia	4.8	6.4	1.6					
Irlanda ^b	5.9					3.3	1.4	
Italia	4.9	6.6	1.7	0.5	-0.2	0.6	-0.9	-0.4
Holanda	4.7	6.0	1.3	0.5	0.0	0.4	-1.0	-0.8
Portugal	5.4	6.7	1.3	0.2	-0.1	0.3	-1.2	
España	5.0	6.5	1.5	0.5	-0.1	1.2	-0.6	
Suecia	6.0	7.2	1.2	0.4	-0.1	0.7	-1.1	-0.5
Reino Unido	4.6	6.0	1.4	0.6	0.1	0.3	-1.1	
República Checa	5.6	8.1	2.5	0.5	0.0	0.0	-1.8	
Japón ^c	5.3	9.8	4.5			1.3	-1.2	
Nueva Zelanda	4.3	6.1	1.8	0.4	-0.1	0.7	-0.9	
Noruega ^d	4.7							
Promedio de puntos ^e	5.2	7.0	1.8	0.4	-0.1	0.8	-0.9	-0.6
Promedio comparable ^f	5.0	6.6	1.6	0.5	-0.1	0.5	-1.1	

- a) Los valores se calculan sobre la base de los estimados indexados en el PIB per cápita pero los resultados podrían ser similares a los resultados que utiliza el PIB por trabajador.
b) Los resultados para Irlanda se expresan como un grupo de PIB.
c) No está claro si los resultados para Japón son los índices para el PIB per cápita o PIB por trabajador, los datos proporcionados también son preliminares y deberán tratarse con precaución.
d) Los resultados para Noruega se indexan sobre la productividad en el sector no petrolero y se expresan como porcentaje del PIB del continente.
e) Promedio no ponderado. Incluye todos los países no disponibles en el punto correspondiente en tiempo.
f) Promedio no ponderado. Incluye Bélgica, Finlandia, Italia, Holanda, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, la República Checa y Nueva Zelanda.

Fuente: EPC 2001; Respuestas al cuestionario del proyecto para la estimación de la OCDE.

Cuadro III
Costos de la atención a largo plazo: pruebas de sensibilidad de supuestos alternos.
Puntos porcentuales de PIB

	Gastos 2000 (nivel)	Valores basales demográficos 2050 (nivel)	Cambio 2000-2050	Cambio en los gastos 2000-2050: diferencia de valores basales				Escenario de mejor salud ^d
				Altas expecta- tivas de vida demográfica	Alta población demográfica indexada en productos por trabajador	Ventajas del riesgo ^a	Desventajas del riesgo ^a	
Austria	0.7	1.8	1.1					
Bélgica	0.8	1.6	0.8	0.4	0.1	0.2	-0.2	-0.5
Dinamarca	3.0	5.5	2.5	0.1	0.1			
Finlandia	1.6	3.7	2.1	1.0	0.0	0.0	-0.8	-1.2
Irlanda ^b	0.4	0.7	0.3	0.0	-0.1			
Italia	0.7							
Holanda	0.6	1.0	0.4	0.2	0.0	0.3	0.1	
Suecia	2.5	5.0	2.5	1.1	0.2	0.4	-0.8	-0.2
Reino Unido	2.8	4.9	2.1	1.4	0.2	0.5	-0.7	
	1.7	2.7	1.0	0.5	0.1	0.2	-0.5	-0.9
República Checa	0.9	1.6	0.7	0.2	0.0	0.0	-0.4	-0.5
Japón ^c	0.1	0.6	0.5			0.1	-0.1	
Nueva Zelanda	1.4	3.4	2.0	0.6	-0.1	0.3	-0.5	
Noruega ^d	3.9							
Promedio de puntos ^e	1.5	2.7	1.3	0.5	0.1	0.2	-0.4	-0.7
Promedio comparable ^f	1.5	3.0	1.4	0.7	0.1	0.2	-0.5	

a) Los valores se calculan sobre la base de los estimados indexados en el PIB per cápita pero los resultados podrían ser similares a los resultados que utiliza el PIB por trabajador.

b) Los resultados para Irlanda se expresan como un grupo de PIB.

c) No está claro si los resultados para Japón son los índices para el PIB per cápita o PIB por trabajador, los datos proporcionados también son preliminares y deberán tratarse con precaución.

d) Los resultados para Noruega se indexan sobre la productividad en el sector no petrolero y se expresan como porcentaje del PIB del continente.

e) Promedio no ponderado. Incluye todos los países no disponibles en el punto correspondiente en tiempo.

f) Promedio no ponderado. Incluye Bélgica, Finlandia, Italia, Holanda, Suecia, Reino Unido, la República Checa y Nueva Zelanda.

Fuente: EPC 2001. Respuesta de Francia al cuestionario EPC; respuestas al cuestionario del proyecto para la estimación de la OCDE.

- El incremento o disminución del gasto –riesgos a la alza / a la baja– de un cuarto de punto porcentual al año (relativo a los valores basales) puede dar como resultado un incremento en el gasto aproximado al 0.8 de un punto porcentual mayor o menor que en los valores basales al término del periodo para la atención a la salud y 0.3 puntos porcentuales para la atención a largo plazo.

Supuestos alternos con respecto a los costos de la atención de la salud a personas de la tercera edad

Diversos investigadores han sugerido que el enfoque utilizado (véase el Anexo) puede exagerar el efecto de personas de la edad en el gasto de la atención a la salud como consecuencia de la longevidad.⁶⁻⁸ Ellos argumentan que los costos están relacionados con el número de años que viven hasta la muerte, con los costos que se incrementan considerablemente en el periodo justo antes de que una persona fallezca. De tal forma, el incremento en los costos de la atención a la salud con la edad (según se utiliza en la estimación de valores basales) puede reflejar simplemente una mayor posibilidad de morir entre los grupos de mayor edad. Cuando la longevidad es mayor, estos costos relacionados con la defunción serán menores y los gastos incrementarán más lentamente. No obstante, el cambio en la estructura demográfica implica que existirá una participación mayor de la población en sus últimos años de vida y, por lo tanto, habrá algún incremento en el gasto.*

Tres países (Italia, Holanda y Suecia) proporcionaron estimados para este efecto, aunque utilizaron métodos muy diferentes para obtenerlos.[‡] Estos enfoques

* Sin embargo, los estimados en esta base no realizan compensación alguna para un incremento en la demanda de atención a la salud en el periodo previo a la defunción, por ejemplo, a través de mayores posibilidades para tratar enfermedades crónicas.

‡ Expertos en Holanda utilizaron la información con respecto a los costos relacionados con aquellas personas que fallecen (lo que se determinó ser muy estable entre los grupos de edad) para estimar los costos de la atención a la salud de los sobrevivientes en cada grupo de edad en cada año base. Después, calcularon los gastos totales por salud sobre la base de esta información de costos y de las defunciones esperadas en los sobrevivientes por grupos de edad para años futuros, dadas las posibilidades de mortandad por grupos de edad en periodos posteriores. Para Suecia, los perfiles de gastos porcentuales por edad, sexo y años restantes de vida se estimaron al observar los datos de la persona a partir de 1997. Los perfiles del gasto entonces se estimaron al multiplicarlos con los estimados de la población de 2000-2030, clasificados por edad, sexo y años restantes de vida. Para los cuidados de pacientes internos, los datos se dividen durante años de vida restantes. Para la atención de pacientes externos, los datos se dividen entre los sobrevivientes y los fallecidos. Los gastos para los sobrevivientes se ajustan en forma aproximada para los años restantes de vida. Para Italia, la división entre los costos de la atención de problemas serios de salud de los sobrevivientes y de los que fallecen se ha determinado sobre la base de un parámetro (K), distribuido por edad y sexo, que expresa cuántas veces se excede el consumo de atención a la salud de una persona cuya expectativa de vida es un año, en porcentaje, al de aquella que sobrevive. Los valores de los perfiles K se derivaron de un estudio en 1999 en los registros de alta de los hospitales por la Dependencia de Salud Regional de Tuscany, que abarcaba aproximadamente 6% de la población residente nacional.

dieron como resultado un incremento menor en el gasto: el incremento en el punto porcentual durante el periodo comprendido entre el 2000 y el 2050 en estos escenarios, es de la mitad a tres cuartos que el de los valores basales. Los resultados de otros estudios que permitieron estos efectos son ampliamente consistentes con estos resultados.*

Para la atención a largo plazo, en los estimados de la atención a largo plazo se hizo un aproximado de una disminución en la dependencia al suponer que para 2050 las necesidades de grupos per cápita en cada grupo de edad fueran equivalentes a aquellas de una persona cinco años más joven que el caso base –es decir, que las personas tenían una salud similar a las personas cinco años más jóvenes en 2000.† Este cambio se interpoló linealmente durante el periodo, que correspondió en gran medida a un incremento en el promedio esperado de expectativas de vida sin necesidades durante un periodo de aproximadamente 4 a 5 años. Los resultados de los cinco países (Bélgica, República Checa, Finlandia, Italia y Reino Unido) sugerían que una reducción en los costos per cápita en esta magnitud podría reducir el incremento en el costo de la atención a largo plazo en aproximadamente la mitad, en relación con el incremento de los valores basales, con efectos mayores sustancialmente estimados para el Reino Unido.

Factores adicionales que afectan los gastos

Puede esperarse que el proceso de envejecimiento de la población incremente el gasto público en atención de la salud y a largo plazo, y para los 18 países de la OCDE que se consideran en este documento, podría ser del orden de tres puntos porcentuales del PIB entre la época actual y el año 2050. Las incertidumbres son particularmente grandes, cuando se amplía el método de estimación para incluir los posibles efectos de mortandad que se da cada vez a más edad en el gasto de atención a la salud y se realiza una compensación para que las personas de la

* Batljan y Lagergren⁶ determinan que los efectos de las expectativas de vida reducen el gasto, según se estima en un enfoque de valores basales, en 37% para 2030. Masden y colaboradores⁷ sugieren que un efecto similar para Dinamarca puede encontrarse en el rango de 25%. Paarkinen⁹ determina una disminución muy drástica de 75% para Finlandia en los estimados para 2050 si los costos para la atención de la salud de aquellas personas mayores de 60 años son aquellos de las personas cinco años menores al inicio del periodo. Schultz¹⁰ sugiere que este enfoque reduce el tamaño del impacto de las personas de la tercera edad en aproximadamente una tercera parte para Alemania. Stearns y Norton⁸ estiman que el impacto de los costos demorados relacionados con la defunción puede reducir los estimados de costos entre 10 y 15% para 2020 para los Estados Unidos.

† Por ejemplo, los patrones de costos para la atención a largo plazo de, digamos, un grupo de entre 70 y 74 años en 2050 serían aquellos para el grupo de edad comprendido entre 65 y 69 años en 2000.

tercera edad gocen de una mejor salud con una atención a largo plazo. Aunque la sensibilidad de estos supuestos sólo ha sido aprobada para un pequeño número de países, estos resultados sugieren que las medidas para promover una mejor salud entre la gente de la tercera edad pudiera tener efectos importantes en los costos a largo plazo.

Sin embargo, es importante recordar que en estos cálculos se han ignorado importantes variables que afectan la demanda de servicio a largo plazo y la atención, lo que genera ciertas reservas adicionales con respecto a los patrones del gasto a futuro. En primer lugar, puede esperarse, de hecho, que los cambios en la tecnología continúen siendo un detonador importante del gasto en la atención a la salud. Los avances en la tecnología médica han incrementado el bienestar, pero al mismo tiempo han elevado los costos. Los recientes desarrollos en la reproducción de imágenes, biotecnología y farmacología, sugieren que estos desarrollos probablemente continúen.¹¹ Estos efectos pueden reforzarse si dichos incrementos en los costos se concentran en los grupos de personas de edad mayor, como ha sido el caso en las últimas décadas en algunos países (por ejemplo, Francia y Estados Unidos).

En segundo lugar, los estimados de la población y las tendencias estimadas en el desarrollo de participación laboral sugieren que la capacidad de las generaciones más jóvenes de cuidar a sus familiares a largo plazo podría ser mucho menor que en la actualidad:

- El tamaño de la familia se ha reducido drásticamente durante los últimos años. A pesar de que los estimados demográficos se basan en cierta recuperación en la fertilidad, el número de menores que pueden cuidar de familiares mayores se reducirá en forma importante durante las décadas futuras. Y con la creciente movilidad, no hay garantía alguna de que los niños vivan a distancias lo suficientemente cortas como para brindar ayuda.
- La tasa de participación de la mujer –quien por lo general se ocupaba del cuidado de los mayores– es probable que se incremente en el futuro. Cada generación posterior de mujeres ha incrementado su tasa de participación, inclusive después de la formación de la familia (y en los estimados puede haber mucho mayor aumento en la participación).
- Es probable que las reformas para los sistemas de pensión conlleven a un retiro posterior, además de restringir el tiempo disponible para la atención informal.

Aunque cierta parte de la mayor demanda para la atención fuera de la familia puede ser financiada en instituciones privadas ya que, en la práctica, las personas de la tercera edad en la actualidad son más acaudaladas que hace dos o tres déca-

das,¹² la mayoría de los gobiernos ha asumido, como mínimo, la responsabilidad de atender a aquellos con recursos insuficientes para pagar su atención médica. Sobre esta base, parece probable que el proceso de envejecimiento conlleve a por lo menos una expansión en la demanda de servicios gubernamentales y/o financiamiento. Probablemente estos problemas son particularmente importantes en países tales como Grecia, Italia, España y Portugal en donde las personas de la tercera edad a menudo han vivido con sus hijos o un miembro de la familia se dedica a cuidarlos. Particularmente, los bajos niveles de fertilidad en esos países acentuarán esas tendencias.

Además, podría haber una mayor presión en los salarios relativos de sectores de atención a la salud y a largo plazo. En la actualidad muchos países han enfrentado dificultades en la contratación de profesionistas de atención a la salud, particularmente enfermeras. Con vistas al futuro, dos factores pueden conllevar a una restricción adicional en la prestación de esos servicios:

- Se espera que el crecimiento laboral disminuya cuando las generaciones del *baby boom* se jubilen, momento en el que la demanda de atención probablemente se incremente y se amplíe el sector de atención a la salud.¹
- Una parte importante de los trabajadores dedicados a la atención a la salud pertenece a las generaciones del *baby boom*, lo que hace más marcado el impacto en la prestación de servicios por los profesionales de la atención de la salud.*

Anexo

Definiciones de la atención de la salud y a largo plazo

Los límites entre los gastos a menudo son difíciles de calcular. Sin embargo, debido a que los factores que afectan estos dos componentes de la salud son muy diferentes, es importante considerar estimados individuales para ambos. Al definir el gasto en los servicios de atención a problemas serios de salud y a largo plazo, se les pidió a los países que cumplieran con las definiciones del Sistema de Contabilidad de la Salud (SHA, por sus siglas en inglés) de la OCDE.

La atención de problemas serios de salud deberá incluir:

* Estos aspectos se tratarán con mayor detalle en el estudio del Proyecto de la Salud de la OCDE sobre recursos humanos en la atención a la salud.

Servicios de atención curativa (HC1); Servicios de atención de rehabilitación (HC2); Servicios de atención de enfermería a largo plazo (HC3); Servicios secundarios para la atención a la salud (HC4); Productos médicos proporcionados a pacientes externos (HC5); Servicios de prevención y salud pública (HC6); Administración de la salud y seguros de la salud (HC7), más inversión en instalaciones médicas.

La atención a largo plazo deberá incluir:

Atención para personas dependientes de la tercera edad; atención en casa; atención en instituciones que no sea hospitalización; asilos y servicios para discapacitados.

Método de estimación

El método de estimación tiene tres pasos:

Paso 1. Estimación de los perfiles del gasto actual relacionado con la edad tanto para hombres como para mujeres para el año base.

El total del gasto de la atención a la salud (HH) en el año base b deberá distribuirse entre los géneros masculino (M) y femenino (F) en los diferentes grupos por edades de conformidad con la siguiente identificación:

$$HH^b = [\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^b)]^M + [\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^b)]^F \quad (1)$$

Donde HH^b = gasto total de atención a la salud en el año base b ;

hh_i^b = gasto de atención a la salud para un miembro promedio del grupo por edades i en divisas nacionales en el año base b ;

P_i^b = población en cada grupo por edades i en el año base b ;

i = grupo de edad;

b = año base;

F, M = géneros femenino y masculino respectivamente; y

$$K^b = HH^b / [\sum_i (hh_i^b \times P_i^b)]^M + [\sum_i (hh_i^b \times P_i^b)]^F = \text{factor de escalación}^*$$

* En términos prácticos, una vez que los microperfiles del gasto hayan sido generados para el año base, éstos podrían relacionarse con los perfiles demográficos para el año base. Los costos promedio de la atención a la salud por grupos de edad es probable que provengan de diferentes fuentes y pueden no ser consistentes con el gasto público total en la atención a la salud. Los costos *per cápita* en cada grupo de edad / de sexo deberán multiplicarse por la población en cada grupo de edad / de sexo y el producto sumado por dichos grupos. Esta suma deberá entonces compararse con los macro datos en el gasto general y un escalonado (K^b) calculó que esos microperfiles deberán escalarse o disminuirse para que den el grupo correspondiente de PIB en el año base.

Paso 2. Estimación de futuros gastos de la atención a la salud sobre la base de la estructura de cambios demográficos

$$HH^j = \{[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j)]^M + [\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j)]^F\} ((GDP^j / P^j) / (GDP^b / P^b)) \quad (2)$$

Donde HH^j = estimación para gastos totales de la atención a la salud en el año j ;
 hh_i^b = gastos de la atención a la salud para un miembro promedio del grupo por edades i en divisas nacionales en el año base b ;
 P_i^j = población en el grupo por edades i en el año j

Los estimados se indexan en cada PIB *per cápita* o PIB por trabajador (productividad). En el último caso P^j se refiere al número de empleados en el año j . Únicamente los estimados basados en el PIB por trabajador se han mostrado con lo que parece ser el resultado más probable:

En el escenario de análisis de la sensibilidad con crecimiento en gastos mayores y menores, la ecuación (2) se convierte en:

$$HH^j = \{[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j)]^M + [\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j)]^F\} ((GDP^j / P^j) / (GDP^b / P^b)) \times (1 \pm 0.0025)^{(j-b)} \quad (2a)$$

Los resultados con respecto a los valores basales no sufren cambio alguno si el método del índice utiliza el PIB por trabajador o PIB *per cápita*.

Paso 3. La presentación de los resultados como un grupo del PIB nacional estimado para cada año de estimación. Los resultados pueden entonces expresarse en los términos del PIB estimado para cada año de estimación al dividir los niveles del PIB estimados:

$$HHS^j = \frac{HH^j}{GDP^j}$$

Donde GDP^j = PIB estimado en el año j

y HHS^j = estimación del gasto total de atención a la salud como un grupo del PIB nacional en el año j .

Los resultados pueden interpretarse como los costos de atención a la salud con un grupo del PIB en el periodo j si la estructura de los costos de la atención a la salud por grupos de edad permanece sin modificación alguna durante el periodo,

pero los costos en cada grupo de edad se incrementan en línea con el PIB por trabajador.

Nótese que Noruega únicamente presentó información sobre las bases de las tendencias esperadas en la economía no petrolera, a pesar de que su gasto se toma como un grupo del PIB total para que se tome en cuenta el impacto del resultado esperado del inventario petrolero.

Referencias

1. Dang T-T, Antolin P, Oxley H. Fiscal implication of ageing: projection of age-related spending. Documentos de trabajo del Departamento de Economía de la OCDE (No. 305), 2001.
2. Comité de Políticas Económicas (EPC). El impacto de las poblaciones de las personas de la tercera edad en las finanzas públicas: descripción general del análisis realizado a nivel de la Unión Europea y las propuestas para un futuro programa laboral. Bruselas, Unión Europea: EPC/ECFIN/432/03 final. 2003.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Un Sistema de cuentas de salud. París: OCDE, 2000.
4. Towse R, ed. Enfermedad de los costos de Baumol: El arte y otras víctimas. Elgar, 1997.
5. Comité de Políticas Económicas (EPC). Retos presupuestales presentados por las poblaciones de individuos de la tercera edad: el impacto en el gasto público con respecto a las pensiones, atención a la salud y cuidados a largo plazo para los ancianos y posibles indicadores del mantenimiento a largo plazo de las finanzas públicas. Bruselas, Unión Europea: EPC/ECFIN/655/01-EN final, 2001.
6. Batljan I, Lagergren M. Future costs of health and social care for the elderly - effect of postponed mortality. Documento no publicado, 2002.
7. Madsen J, Serup-Hansen N, I Sønbo Kristiansen. Future health care costs -do health care costs during the last year of life matter?. Instituto de Salud Pública, Economía de la Salud y Centro de Investigación de Individuos de la Tercera Edad, University of Southern Denmark. Documento no publicado, 2000.
8. Stearns S, Norton E. Time to include time to death? the future of health care expenditure predictions. La serie triangular de documentos de trabajo económico de la salud, 2002 (4).
9. Parkkinen P. Care expenditure bomb can still be a myth. Tendencias económicas 2001; Vol. 6.
10. Schultz E. Scenarios for health care systems in an ageing society. Documento presentado a la Conferencia CEPS/ENEPRI sobre Individuos de la Tercera Edad y Sistemas de Bienestar: ¿Qué debemos aprender? Una perspectiva comparativa entre Estados Unidos-Unión Europea. Bruselas 2003, enero 24-25.
11. Aaron H. Should public policy seek to control the growth of health care spending?. Asuntos de salud 2003; January.
12. Burniaux JM, Dang T-T, Fore D, Förster M, Mira D'ercole M, Oxley H. Income distribution and poverty in selected OECD countries. Documentos de trabajo del Departamento de Economía de la OCDE (No. 189), 1998.

