IvieLAB

Entregable 1

Informe

Observatorio de los cambios demográficos y el envejecimiento en la Comunitat Valenciana

LONGEVIDAD Y SERVICIOS PÚBLICOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Ivie

GENERALITAT VALENCIANA

Este proyecto ha sido realizado por el siguiente equipo:

Investigación

Director
Francisco Pérez (Ivie y Universitat de València)

Silvia Mollá (Ivie)

Edición y diseño

Mª Cruz Ballesteros (Ivie)
Alicia Raya (Ivie)

Ivie

GENERALITAT VALENCIANA

València, octubre de 2018

Índice

RESUMEN **5**

1. **INTRODUCCIÓN** **7**

2. **PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y GASTO PÚBLICO** **9**

2.1 Avance del envejecimiento en las próximas décadas *9*

2.2 Proyecciones de gasto público *13*

3. **LONGEVIDAD Y ASISTENCIA SANITARIA** **17**

3.1 Esperanza de vida y estado de salud de los mayores *17*

3.2 Gasto público en sanidad *20*

3.3 Demanda sanitaria de atención primaria *21*

3.4 Demanda sanitaria de atención hospitalaria y especializada *26*

4. **LONGEVIDAD Y DEPENDENCIA** **31**

4.1 Situación y prospectiva de la población dependiente *31*

4.2 Empleo y cuidadores de la población dependiente *39*

5. **EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL GASTO LOS HOGARES** **47**

5.1 Gasto de los hogares en sanidad *47*

5.2 Gasto de los hogares en dependencia *57*

6. **CONCLUSIONES Y PRINCIPALES RETOS** **63**

7. **ANEXO** **67**

FUENTES ESTADÍSTICAS **69**

Resumen

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta nuestra sociedad a medio y largo plazo son los cambios asociados al avance de la longevidad y el consiguiente envejecimiento de la población. Entre las consecuencias más relevantes de este cambio demográfico se encuentran su impacto sobre algunos servicios públicos que son pilares del Estado de bienestar y representan la mitad del gasto público de las comunidades autónomas, como la sanidad y la atención a la dependencia. Las implicaciones de la longevidad no son menos importantes en el ámbito privado: se modifican las características de los hogares en los que vive la población mayor, sus necesidades, sus ingresos y sus gastos.

La sociedad valenciana está en la actualidad relativamente menos envejecida que la de otras regiones pero su población mayor aumenta a buen ritmo y crecerá sustancialmente en las próximas décadas. Es importante conocer los cambios que ese proceso está suponiendo y va a provocar, y anticipar sus implicaciones desde varios puntos de vista, especialmente para los servicios públicos. Ese es el objetivo de este estudio.

El documento presta una especial atención al impacto de la longevidad sobre las necesidades de recursos que pueden producirse en dos servicios del Estado de bienestar que son competencia de la Generalitat Valenciana y pueden verse más afectados por el envejecimiento: la sanidad y la atención a la dependencia. Anticipar las necesidades de gasto es condición necesaria para poder garantizar la sostenibilidad de los servicios, adoptando las medidas necesarias. El documento también analiza las implicaciones que la longevidad tiene sobre la estructura de gastos de las familias, un asunto poco analizado pero relevante para llevar a cabo un diseño realista de las políticas públicas.

www.h.hospital.com
Good life
H HOSPITAL
We provide high quality medical services with trained specialists and advanced medical equipment. Our team is completely involved with the patients delivering a comprehensive range of services ranging from primary to tertiary care, from consultation and diagnosis, planning and executing treatment, and following-up results.
Home
About Us
Patient Services
Find a Doctor
Our Centers
Contact Us
Search
We have almost 20 tenants ranging from daily convenience stores, banks and popular international chains. In addition, there is a selection of retail and food and beverage outlets. We provide high quality medical services with trained specialists and advanced medical equipment.
Hotline Center
Tell : 00-8320932
Online Services
Click Consult a Doctor
Click Contact Us
Click Promotion

1. Introducción

La esperanza de vida al nacer es cada vez mayor y la tasa de natalidad se encuentra en los niveles más bajos de los últimos 40 años. Pero, sobre todo, no deja de ampliarse la esperanza de vida de las personas que llegan a edades en las que finaliza la actividad laboral, tal como ha estado organizada en el último siglo. Gracias a esa mejora de la esperanza de vida a partir de los 65 años se alargan sustancialmente los periodos en los que las personas viven con edades avanzadas y, por lo general, sin ingresos directamente provenientes de su trabajo. En estas circunstancias, la relevancia para buena parte de la población de algunas grandes políticas del Estado de bienestar se refuerza, pues sus condiciones de vida dependen crucialmente de las pensiones y del acceso a servicios que son más intensamente demandados en las edades más avanzadas, como los de salud y atención a la dependencia.

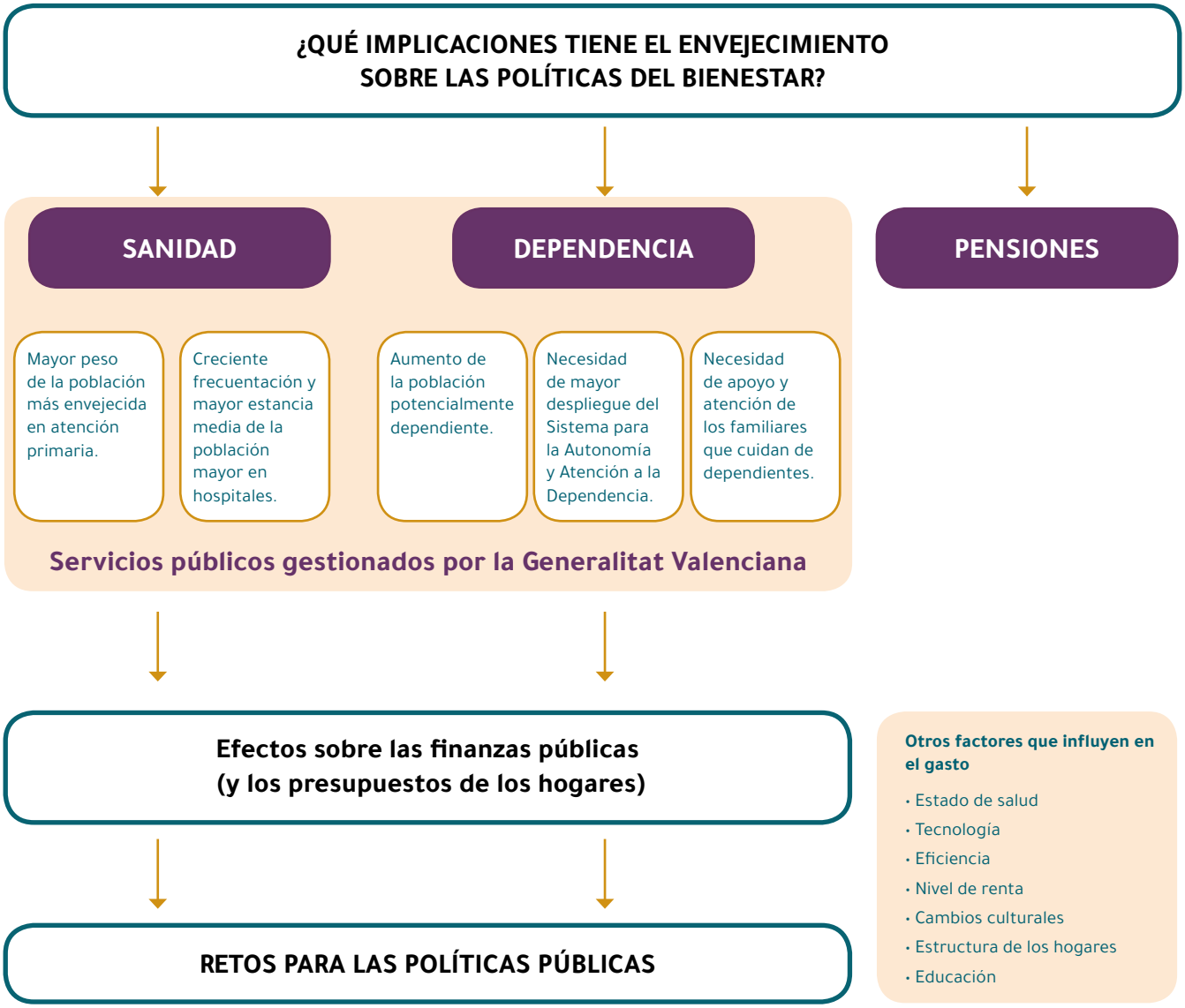
Como destaca el recién publicado informe *The long view: scenarios for the world economy to 2060 (OCDE 2018)*, el cambio demográfico cuestiona la sostenibilidad de las finanzas públicas tanto por el lado del gasto –el envejecimiento presiona al alza el gasto en sanidad y dependencia, y la longevidad aumenta el gasto en pensiones- como por el de los ingresos –el envejecimiento reduce el peso del empleo respecto a la población ocupada, presionando a la baja los ingresos públicos asociados a las rentas del trabajo-. Sin embargo, además de las consecuencias económicas mencionadas, el envejecimiento de la población irá acompañado también de otros cambios sociales importantes, pues cambiará la estructura de muchos hogares y la población más longeva de las próximas décadas gozará probablemente de mejor salud durante más años, estará más formada y será más independiente de los hijos, debido a los cambios en sus condiciones económicas y en las pautas culturales.

El diseño de las políticas públicas debe tener en cuenta todas estas circunstancias a la hora de definir las prioridades de gasto, los compromisos asumidos y las modalidades de prestación de los servicios. Sin una adecuada valoración de todos esos aspectos será más difícil la adaptación de las políticas a las necesidades de una sociedad cada vez más envejecida, y llevar a cabo una gestión más eficiente y sostenible en el tiempo de los recursos disponibles para las mismas. Para poder hacerlo es necesario conocer en profundidad la situación actual y disponer de ejercicios de prospectiva que ofrezcan horizontes sobre dónde se ubicarán con mayor probabilidad los escenarios futuros.

Este documento analiza esta problemática en los siguientes apartados. Dado que el origen de los problemas es la demografía, el segundo apartado presenta las proyecciones de población más relevantes para dimensionar los cambios demográficos asociados al envejecimiento y cuantifica las implicaciones más importantes que se derivan de los mismos para la evolución del gasto público. El tercer apartado profundiza en las implicaciones de la longevidad para las necesidades de servicios sanitarios y el cuarto hace lo propio con las necesidades de atención a la dependencia. El apartado quinto analiza las perspectivas para los hogares derivadas de los cambios asociados al envejecimiento, un asunto menos analizado al considerar estos problemas, pero muy relevante. El sexto y último apartado presenta las principales conclusiones del análisis y los retos para las políticas públicas que se derivan del mismo en el caso valenciano.

Los aspectos considerados al abordar las implicaciones del envejecimiento para las políticas de bienestar que son responsabilidad de la Generalitat Valenciana se resumen en el siguiente esquema (dejando al lado las implicaciones sobre las pensiones, que son responsabilidad de la Seguridad Social):

Esquema 1.1. Efectos del envejecimiento sobre las políticas públicas



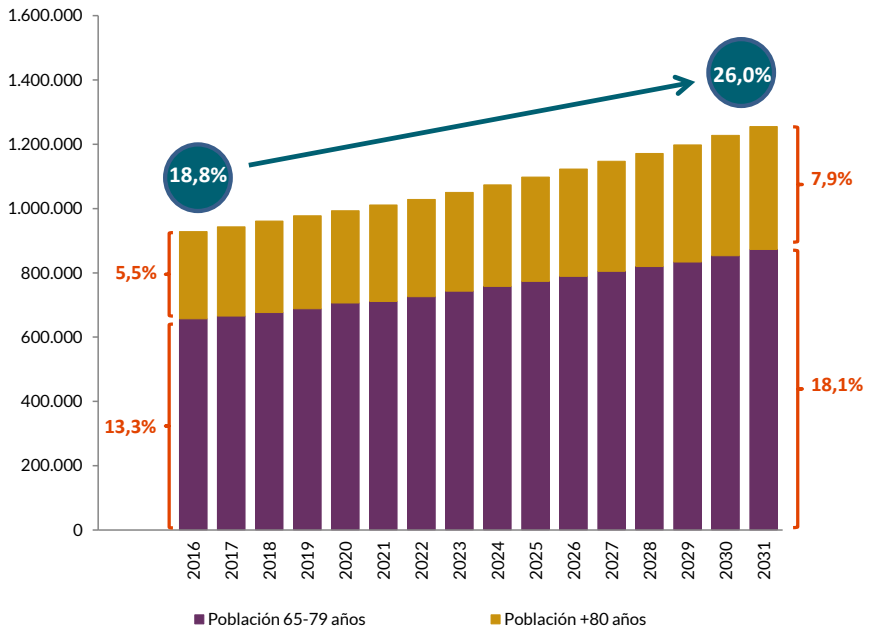
2. PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y GASTO PÚBLICO

2.1 Avance del envejecimiento en las próximas décadas

En 2016, la población de 65 y más años en la Comunitat Valenciana representaba el 18,8% de la población total, lo que equivale a 926.254 habitantes (**gráfico 2.1**). Según las proyecciones de población que elabora el INE cada dos años, dicho grupo de edad aumentará un 35% entre 2016 y 2031, elevando la cifra total hasta más de 1,25 millones y llegando a representar un 26% de la población al final del periodo considerado.

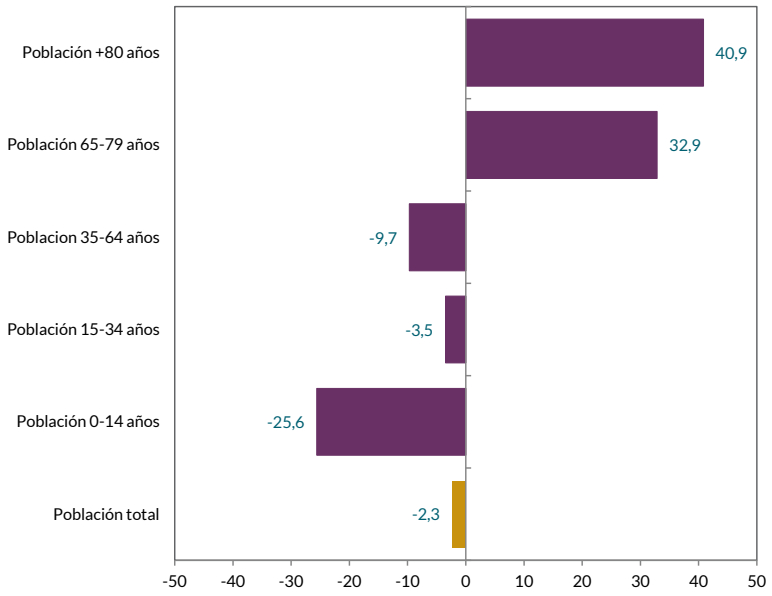
Si se mantienen las tendencias demográficas actuales, en poco más de una década se producirá un estancamiento de la población en la Comunitat Valenciana –en realidad disminuirá un 2,3% entre 2016 y 2031- que irá acompañado de un cambio en la estructura poblacional (**gráfico 2.2**). De acuerdo con dichas proyecciones, la población mayor experimentará un crecimiento sustancial –la población entre 65 y 79 años aumentará un 32,9% y la de 80 años y más un 41%- mientras que la población entre 0 y 14 años, es decir, los que nazcan en los próximos años, disminuirá un 25,6% como consecuencia de la caída en la tasa de natalidad.

Gráfico 2.1. Proyección de la población de 65 y más años de la Comunitat Valenciana. 2016-2031 (personas y porcentaje sobre el total de la población)



Fuente: INE (Proyecciones de población).

Gráfico 2.2. Crecimiento de la población de la Comunitat Valenciana por grupo de edad. 2016-2031 (porcentaje)



Fuente: INE (Proyecciones de población).

El envejecimiento afectará de forma generalizada a todas las comunidades autónomas, aunque con intensidades distintas. La población de 65 y más años de las regiones que actualmente ya tienen una población más envejecida -Aragón, Asturias, Castilla y León, y Galicia- crecerá menos que en el resto de comunidades (**gráfico 2.3**). En cambio, Canarias, Baleares, Madrid, Murcia y Andalucía -las regiones con menor porcentaje de población mayor en 2016- experimentaran tasas de crecimiento de las personas situadas en estas edades superiores al 40%.

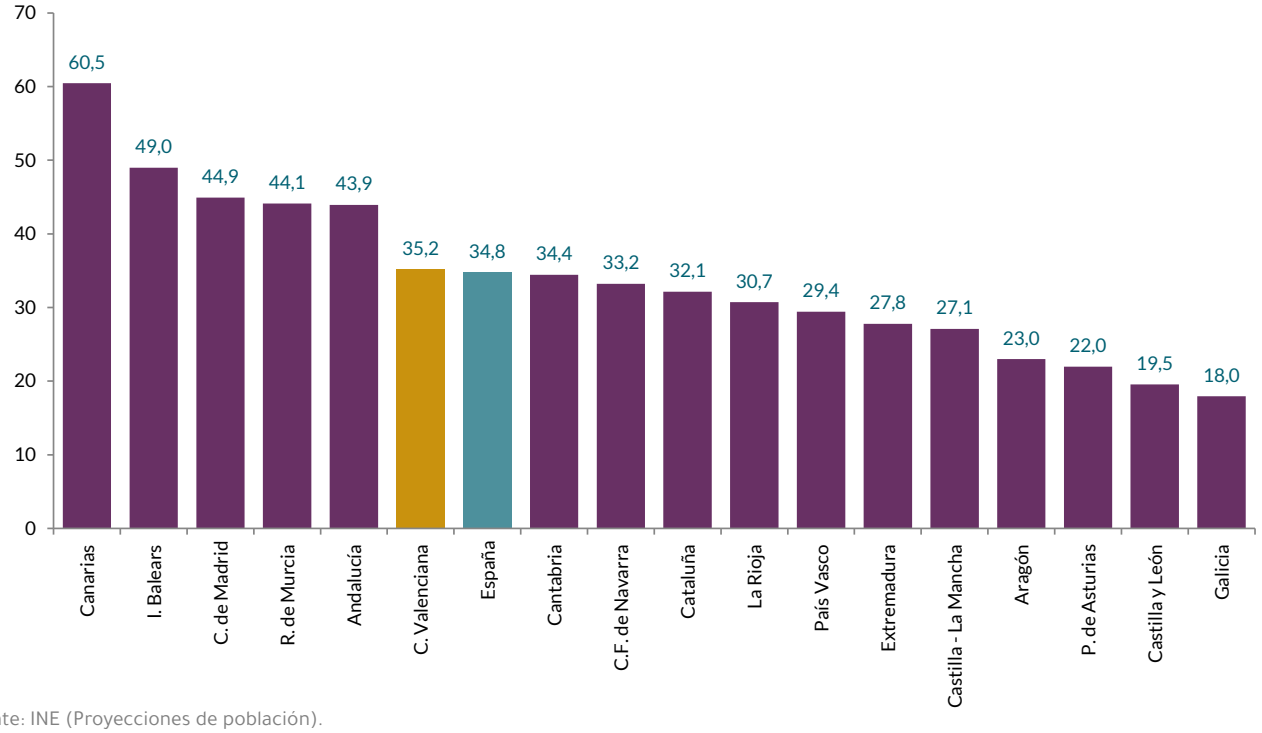
La población cada vez vive más años, y en consecuencia, el grupo de población más envejecido -80 y más años- experimentará los crecimientos más sustanciales en las próximas décadas (**gráfico 2.4**). Estos aumentos serán también desiguales entre las distintas regiones españolas. La Comunitat Valenciana forma, junto con los archipiélagos y Madrid, el grupo de comunidades en las que la población de 80 y más años crecerá con mayor intensidad (por encima del 40%), mientras que en Galicia y Castilla y León –regiones en las que la población de 80 años y más ya supera el 8% en la actualidad- experimentarán crecimientos inferiores al 20%.

Dos indicadores relevantes del cambio en la estructura demográfica de la Comunitat Valenciana son la *tasa de dependencia de la población mayor* –cociente entre la población de 65 y más años y la población en edad de trabajar-, y el índice de envejecimiento –cociente entre la población de 65 y más años y la población 0-15 años-.

En 2016 la tasa de dependencia en la Comunitat Valenciana era del 28,9%, es decir, por cada habitante de 65 y más años había algo más de 3 habitantes en edad de trabajar o potenciales cotizantes (**gráfico 2.5**). Según las proyecciones, en 2031 la tasa de dependencia será del 42,4% lo que significa que por cada persona mayor habrá solo algo más de 2 personas en edad de trabajar.

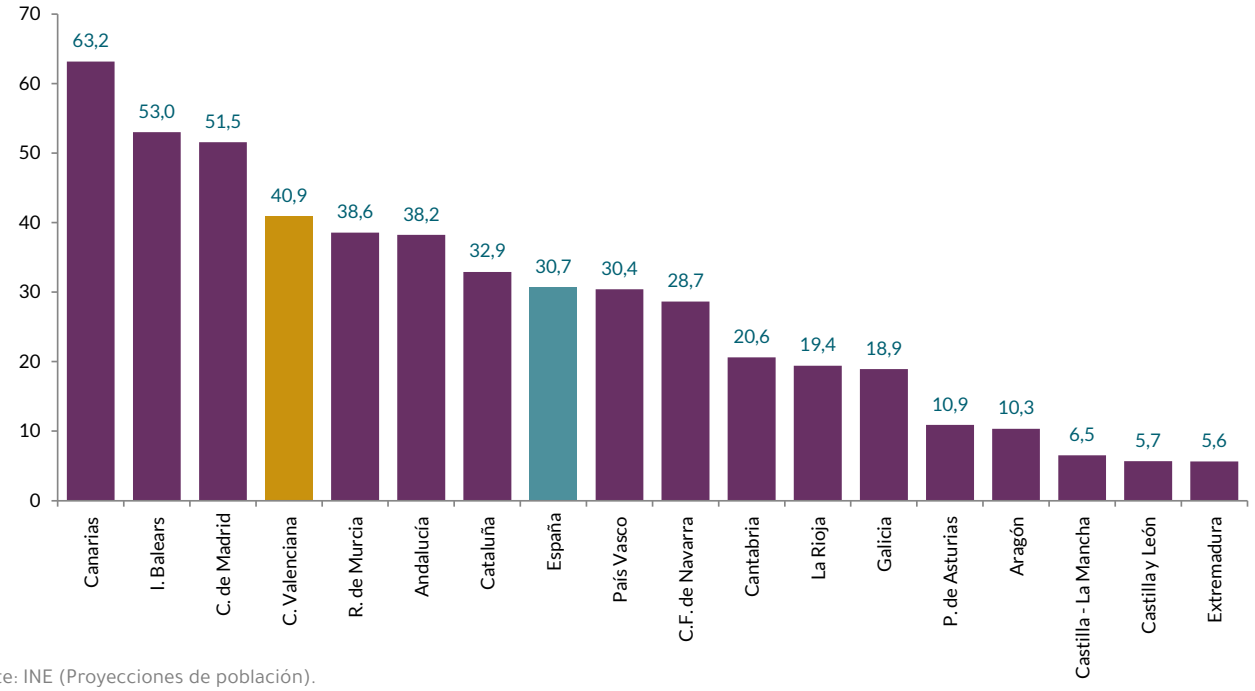
El cambio en la estructura demográfica está ocasionado por el aumento de la esperanza de vida y la caída de la natalidad. Ambos efectos ejercen presión al alza sobre el índice de envejecimiento (**gráfico 2.6**): su valor en 2016 era 115,8, esto es, la población de 65 y más años era un 15,8% superior a la población entre 0 y 15 años, pero, de acuerdo con las proyecciones de población, en 2031 el índice será igual a 207,8, lo que significa que la población mayor duplicará sobradamente a la menor de 16 años.

Gráfico 2.3. Crecimiento de la población de 65 y más años por CC. AA. 2016-2031 (porcentaje)



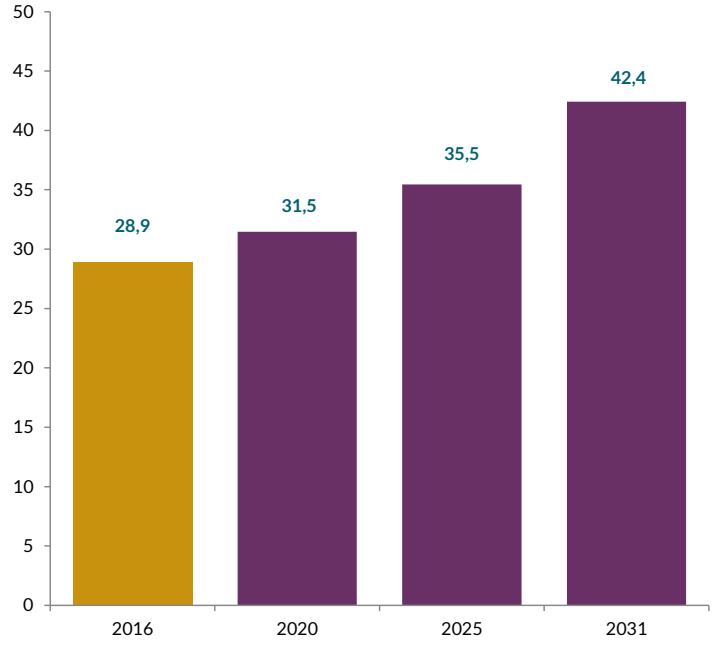
Fuente: INE (Proyecciones de población).

Gráfico 2.4. Crecimiento de la población de 80 y más años por CC. AA. 2016-2031 (porcentaje)



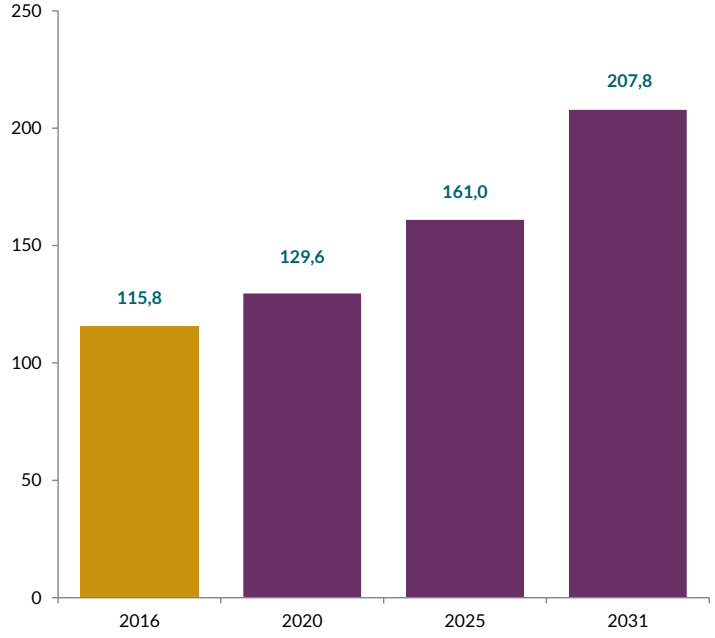
Fuente: INE (Proyecciones de población).

Gráfico 2.5. Tasa de dependencia de la población de 65 y más años en la Comunitat Valenciana. 2016-2031 (población de 65 y más años sobre la población 16-64 años)



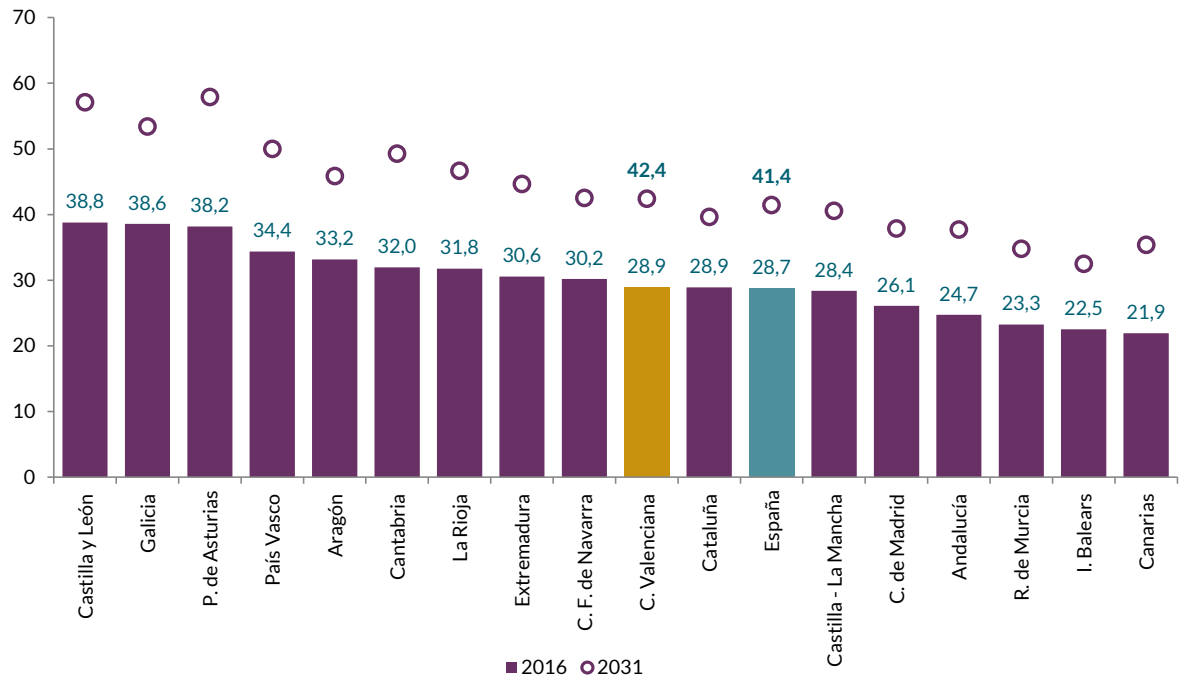
Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos; proyecciones de población).

Gráfico 2.6. Índice de envejecimiento en la Comunitat Valenciana. 2016-2031 (población de 65 y más años sobre población 0-15 años)



Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos; proyecciones de población).

Gráfico 2.7. Tasa de dependencia de la población de 65 y más años por CC. AA. 2016-2031 (población de 65 y más años sobre la población 16-64 años)



Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos; proyecciones de población).

La relación entre las personas mayores y la población en edad de trabajar aumentará en todas las comunidades autónomas (**gráfico 2.7**). En regiones como Castilla y León, Galicia y Asturias, que en la actualidad ya presentan tasas de dependencia superiores al 38%, alcanzará tasas superiores al 53% en 2031. Por su parte, Andalucía, Murcia y las regiones insulares, que cuentan con tasas de dependencia inferiores al 25% en la actualidad, alcanzarán el 30-40% en 2031.

En suma, estos indicadores alertan del fuerte ritmo de envejecimiento que sufrirá nuestra sociedad en los próximos años si se mantienen las tendencias demográficas actuales y constatan que la Comunitat Valenciana se verá fuertemente afectada. Partiendo de ellos se debe reflexionar acerca de la magnitud de diversos desafíos asociados al cambio demográfico: menor porcentaje de población en edad de trabajar, mayor gasto en pensiones, mayor presión en servicios como la sanidad o la dependencia, necesidad de nuevas políticas que promuevan un envejecimiento activo, posible necesidad de reevaluar las proporciones del gasto público en sanidad y educación, atención a las implicaciones que la caída de la población más joven puedan tener sobre la capacidad de renovar los conocimientos, etc.

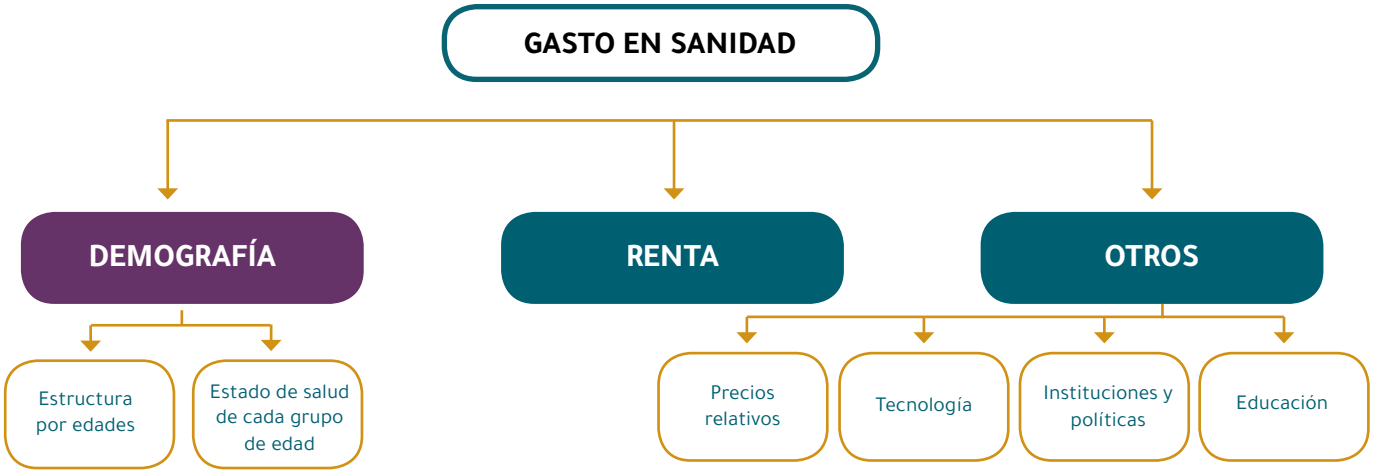
2.2 Proyecciones de gasto público

Gasto en sanidad

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los elementos determinantes del gasto público en sanidad es la demografía: una población más envejecida o con peor estado de salud presiona al alza el gasto público en sanidad. Sin embargo, es importante destacar que, además de la población, otros factores no demográficos como la renta, el nivel educativo, los precios, la tecnología o los cambios institucionales y políticos tienen también una influencia importante en el nivel de gasto público en sanidad que conviene no ignorar, entre otras razones porque en algunos casos son factores que pueden ser influidos por las políticas públicas y por la gestión pública (**esquema 2.1**).

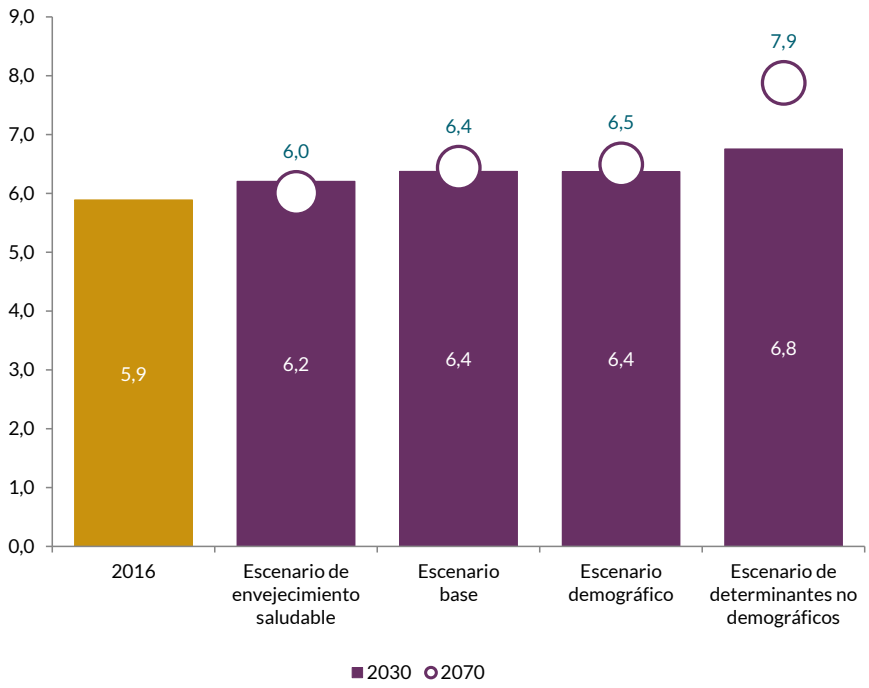
La Comisión Europea (CE) realiza regularmente un importante trabajo de proyección del gasto público asociado al envejecimiento (pensiones, sanidad, dependencia y educación) para el conjunto de España, considerando múltiples escenarios, que resulta muy valioso para el análisis que queremos desarrollar referido a la Comu-

Esquema 2.1. Determinantes del gasto público en sanidad



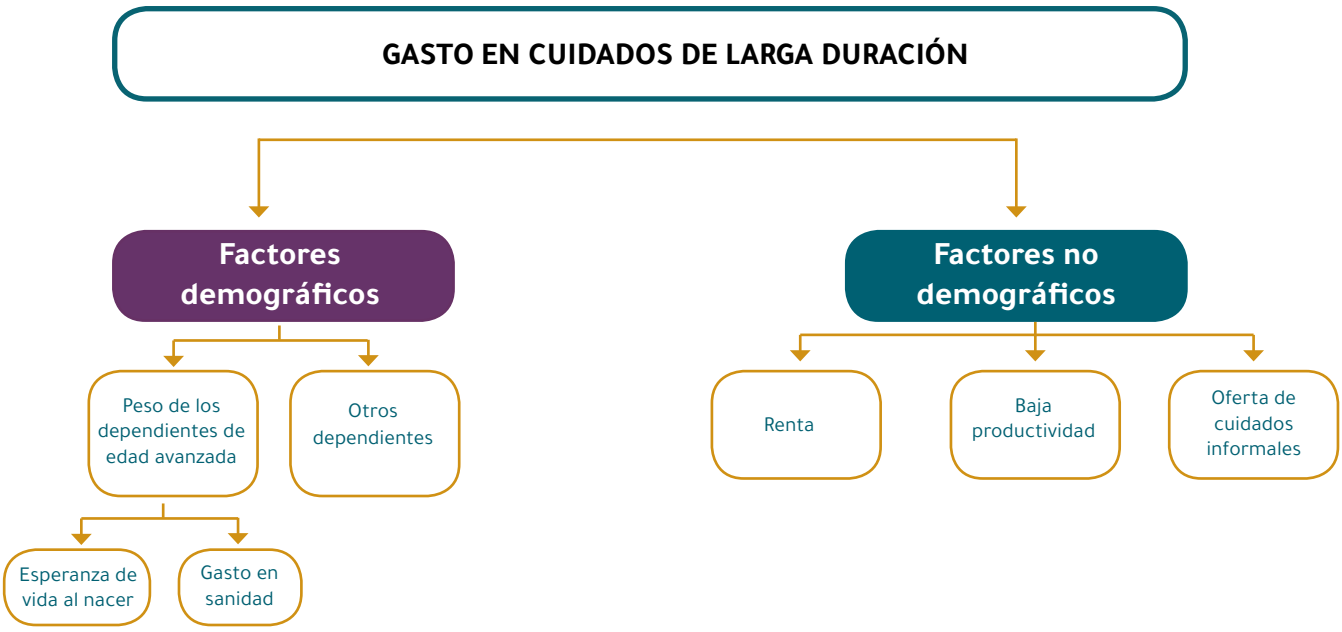
Fuente: OCDE (2013) y elaboración propia.

Gráfico 2.8. Proyecciones del gasto público en sanidad para España. 2016-2070 (porcentaje de PIB y variación en puntos porcentuales)



Fuente: Comisión Europea (2018).

Esquema 2.2. Determinantes del gasto público en cuidados de larga duración o dependencia



Fuente: OCDE (2013).

nitat Valenciana[1]. Según dichos estudios, en la actualidad el gasto público en sanidad cuya competencia está en manos de las comunidades autónomas representa un 5,9% del PIB y se pueden contemplar cuatro escenarios alternativos acerca de su evolución futura (**gráfico 2.8**):

- Teniendo en cuenta únicamente el efecto del cambio en la estructura demográfica (Escenario demográfico), la CE estima un gasto público en sanidad del 6,5% del PIB para 2070.
- La proyección del gasto para 2070 es menor (6%) si se considera que la población mayor cada vez goza de mejor salud (Escenario de envejecimiento saludable).
- La consideración conjunta de ambos efectos con la hipótesis de que la elasticidad renta del gasto converge a 1 en 2070 (Escenario base) sitúa la proyección del gasto público en sanidad en el 6,4% del PIB.
- El gasto público en sanidad depende de otros factores no demográficos como la renta, los cambios tecnológicos o las reformas institucionales. La CE estima el posible impacto de estos factores (Escenario de determinantes no demográficos) y teniéndolos en cuenta el gasto público en sanidad será mayor: alcanzará el 7,9% del PIB en 2070, un impacto sustancialmente superior al derivado del cambio puramente demográfico (Escenario demográfico).

Gasto en dependencia

El gasto público en cuidados de larga duración o dependencia también depende de factores demográficos –el peso de los dependientes en edad avanzada depende de la esperanza de vida al nacer y del gasto en sanidad- y de factores no demográficos -la renta, la productividad[2] o la oferta de cuidados informales (a través de la familia, fundamentalmente) frente a la de cuidados formales (a través de profesionales, públicos o privados) (**esquema 2.2**).

[1] En el presente informe se han considerado únicamente cuatro escenarios de los presentados en el informe de la Comisión Europea The Ageing Report 2018. Véase Anexo para un mayor detalle sobre los escenarios considerados.

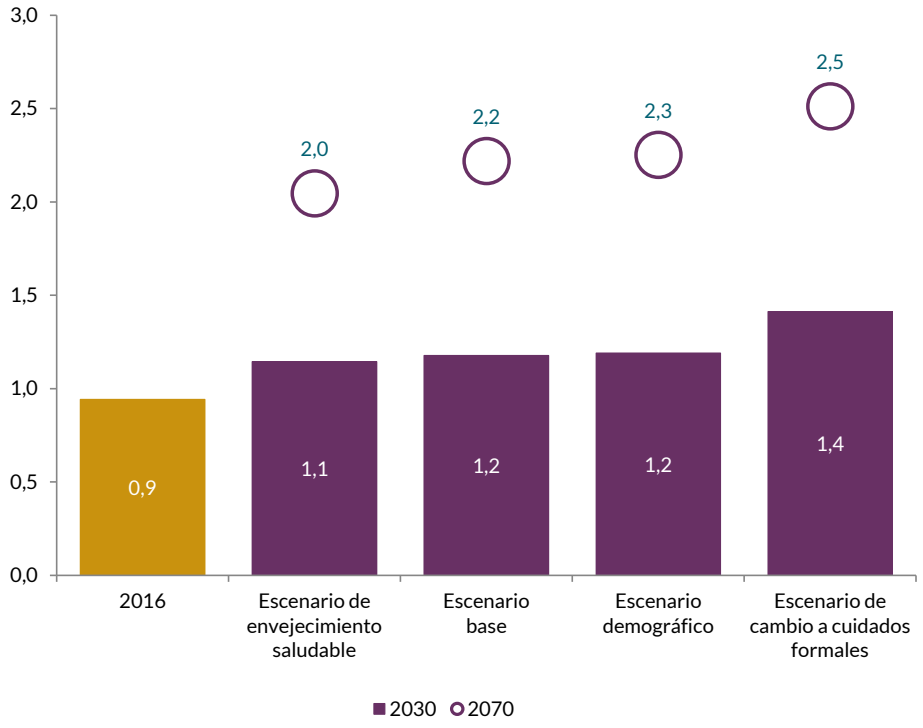
[2] La productividad como determinante del gasto público en dependencia se explica por el conocido Efecto Baumol. En los distintos sectores económicos, la productividad aumenta y, por consiguiente, los salarios. En cambio, en sectores como la dependencia la productividad aumenta poco, pero sí lo hacen los salarios ante las presiones de los demás sectores. Como consecuencia de que los salarios aumentan sin que aumente la productividad, provocando un aumento de los costes y un mayor gasto.

Al igual que en sanidad, la CE estima las proyecciones del gasto público en cuidados de larga duración (o dependencia) como porcentaje del PIB para el conjunto de España (**gráfico 2.9**). En este caso, el impacto de la demografía supondrá un incremento del gasto público en dependencia de mayor magnitud que en el caso de la sanidad, hasta alcanzar una cifra entre el 2-2,3% del PIB en 2070, más de 1 punto porcentual (pp) con respecto a 2016. La razón de ese importante incremento es que los problemas de dependencia se agravan en los grupos de más edad más avanzada que son, como hemos visto, los que previsiblemente van a crecer más.

Además, los servicios de atención a la dependencia están en fase todavía de despliegue, siendo éste actualmente mucho menos maduro que el de los servicios sanitarios. En ese sentido, la CE analiza el posible impacto sobre el gasto en dependencia del cambio que implica un incremento progresivo de los cuidados formales de las personas dependientes, que sustituye los cuidados informales recibidos, fundamentalmente, de familiares (*Escenario de cambio a cuidados formales*). Debido a ello el gasto en dependencia alcanzaría el 2,5% del PIB en 2070, 1,6pp más que en 2016.

En definitiva, los gastos en sanidad y en atención a la dependencia, ambas competencia de las comunidades, pueden verse afectados por el cambio demográfico pero es importante destacar que la evolución de los mismos puede estar influida por otros factores que pueden presionar al alza dicho gastos, y en algún caso a la baja, por ejemplo, por efecto de la mejora de los estados de salud o la mayor eficiencia en los servicios.

Gráfico 2.9. Proyecciones del gasto público en cuidados de larga duración o dependencia para España. 2016-2070 (porcentaje de PIB y variación en puntos porcentuales)



Fuente: Comisión Europea (2018).

3. LONGEVIDAD Y ASISTENCIA SANITARIA

Numerosos estudios destacan la importancia de factores no demográficos como la tecnología, los cambios en el nivel de renta o las reformas institucionales sobre el gasto público en sanidad, pero las políticas públicas no pueden dejar de lado el impacto que la mayor longevidad de la población puede tener en la demanda de servicios sanitarios a corto y medio plazo. La razón es que este impacto será significativo en las próximas décadas en muchos lugares, en particular en la Comunitat Valenciana y responde a impulsos que no están bajo control de las administraciones. Así pues, conviene preguntarse si hay que considerar esos cambios como un dato y/o si existe capacidad de contrarrestar sus efectos sobre el gasto público mediante actuaciones sobre las variables que sí se pueden influir o controlar.

Con esa finalidad, este apartado estudia el impacto que el envejecimiento puede tener sobre la demanda y los costes sanitarios. Para ello se consideran tres aspectos distintos. En primer lugar se analiza la evolución experimentada en la esperanza de vida y el estado de salud de los mayores, así como en el gasto público en servicios de atención primaria y hospitalaria. En segundo lugar, se analiza la evolución reciente de la demanda en servicios de atención primaria y se realiza un ejercicio de prospectiva para estimar la evolución futura de la misma como consecuencia del cambio demográfico. Finalmente se estudia la evolución de las altas hospitalarias, para estimar el efecto que el envejecimiento puede tener sobre la atención y los costes hospitalarios en los próximos años, considerando constantes el resto de factores que influyen en los mismos.

3.1 Esperanza de vida y estado de salud de los mayores

La población valenciana, al igual que la española, vive cada vez más años. La esperanza de vida a los 65 años ha experimentado crecimientos sustanciales a lo largo de las últimas décadas habiéndose mantenido las diferencias entre hombres y mujeres, favorables a éstas (**gráfico 3.1**). En 2017, las mujeres de 65 años de la Comunitat Valenciana esperan vivir una media de 22,4 años frente a los 18,8 años que espera vivir un hombre a esa misma edad, una imagen muy similar a lo que ocurre en el conjunto de España (23 y 19,1 años, respectivamente).

Según las proyecciones que elabora el INE para España, la esperanza de vida a los 65 años continuará aumentado en las próximas décadas hasta alcanzar en 2065 los 28,2 años para las mujeres y los 25,1 años para los hombres.

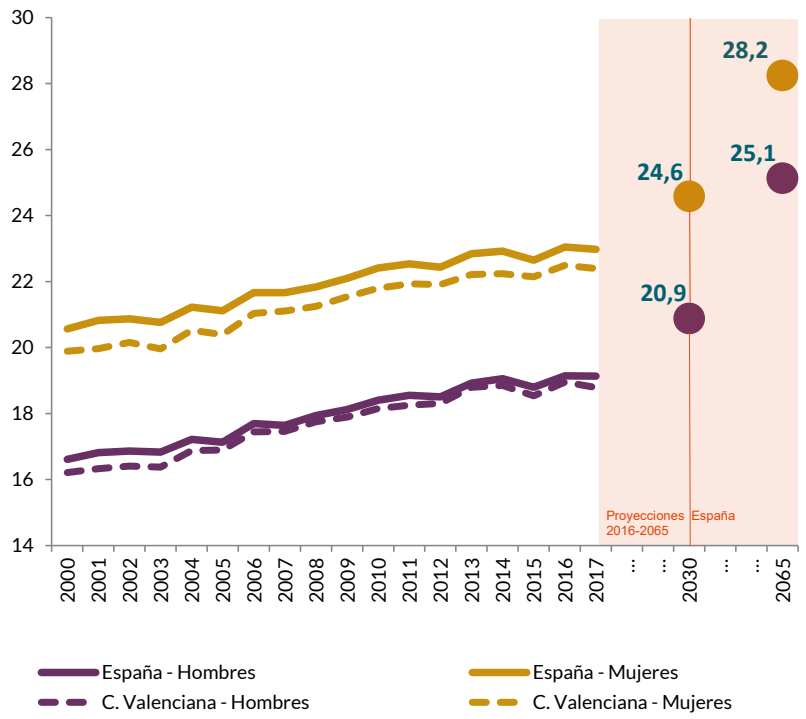
¿Vivir más años es sinónimo de vivir mejor?

De acuerdo con las estadísticas del INE, en España los hombres a los 65 años esperan vivir 9,5 años sin problemas de salud graves o moderados, lo que equivale a un 50,6% del total de años que esperan vivir (**gráfico 3.2**). Las mujeres, por su parte, viven más años pero con menos calidad de vida, pues únicamente un 39,3% de los años que esperan vivir a los 65 años son de buena salud.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en la Comunitat Valenciana un 53,6% de la población de 65-79 años que reside en viviendas familiares dice gozar de un estado de salud bueno o muy bueno (**gráfico 3.3, panel a**), mientras que solo declara sentirse así el 41,1% de la población de 80 y más años. Si se compara con las encuestas anteriores[3], se observa una tendencia creciente en el porcentaje de población de 80 años y más con estado de salud bueno o muy bueno, mientras que en la población entre 65 y 79 años no presenta una evolución

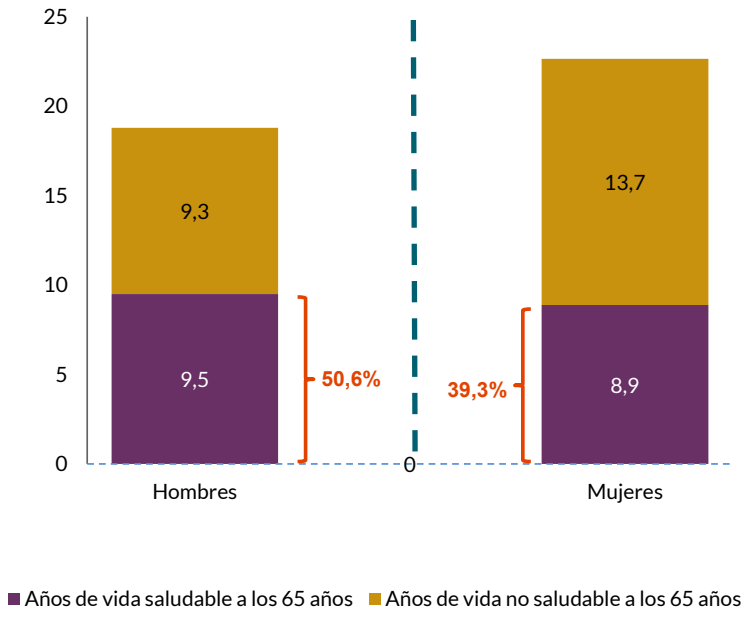
[3] Encuesta Europea de Salud 2014, Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, Encuesta Europea de Salud 2009.

Gráfico 3.1. Esperanza de vida a los 65 años. Comunitat Valenciana y España. 2000-2065 (años)



Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos; proyecciones de población).

Gráfico 3.2. Años de vida saludable a los 65 años en España. 2015



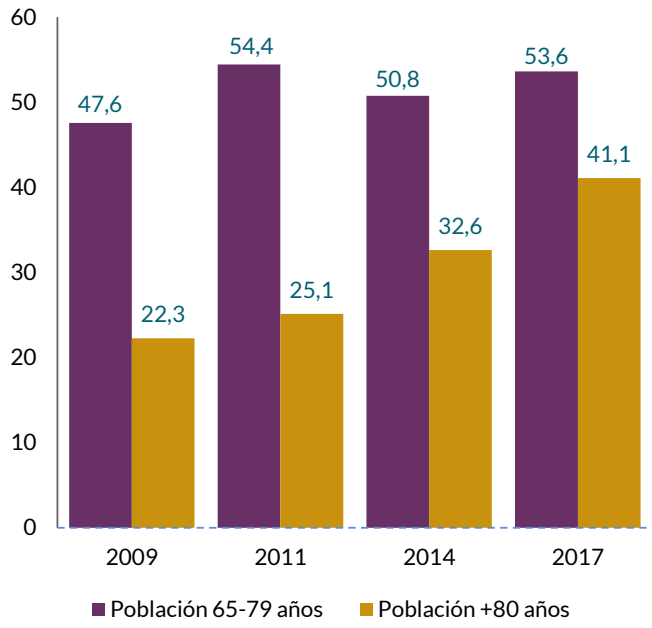
Fuente: INE (Indicadores demográficos básicos).

definida en ese sentido, situándose el porcentaje de los que declaran encontrarse en ese estado de salud entre el 47,6% y el 53,6%.

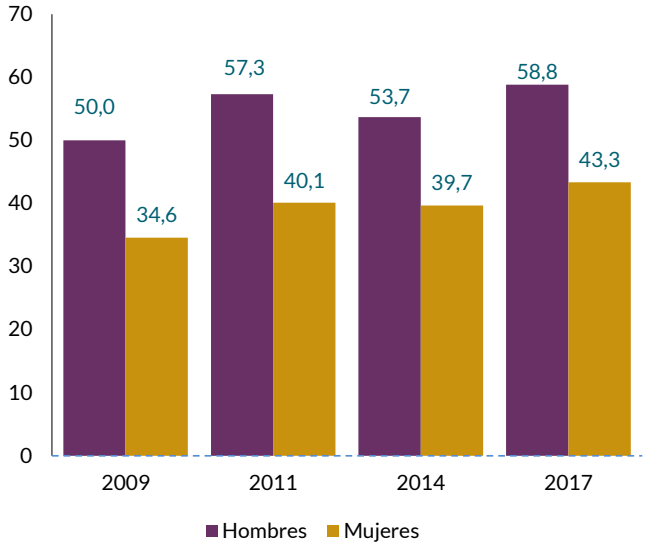
Siguiendo la misma tendencia que para el conjunto de España, las mujeres de 65 años o más que residen en la Comunitat Valenciana gozan en general de peor salud que los hombres (**gráfico 3.3, panel b**). Según la Encuesta Nacional de Salud, un 43,3% de las mujeres de 65 y más años que residen en viviendas familiares en la Comunitat Valenciana dicen disfrutar un estado de salud bueno o muy bueno en la actualidad, frente al 58,8% de los hombres de ese mismo grupo de edad, diferencia que se mantiene también en las encuestas anteriores.

Gráfico 3.3. Estado de salud autopercibido en la Comunitat Valenciana. 2009-2017 (porcentaje de la población de 65 y más años con estado de salud bueno o muy bueno)

A. Por grupo de edad



B. Por sexo



Fuente: INE (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, 2017; Encuesta Europea de Salud 2009, 2014). Microdatos.

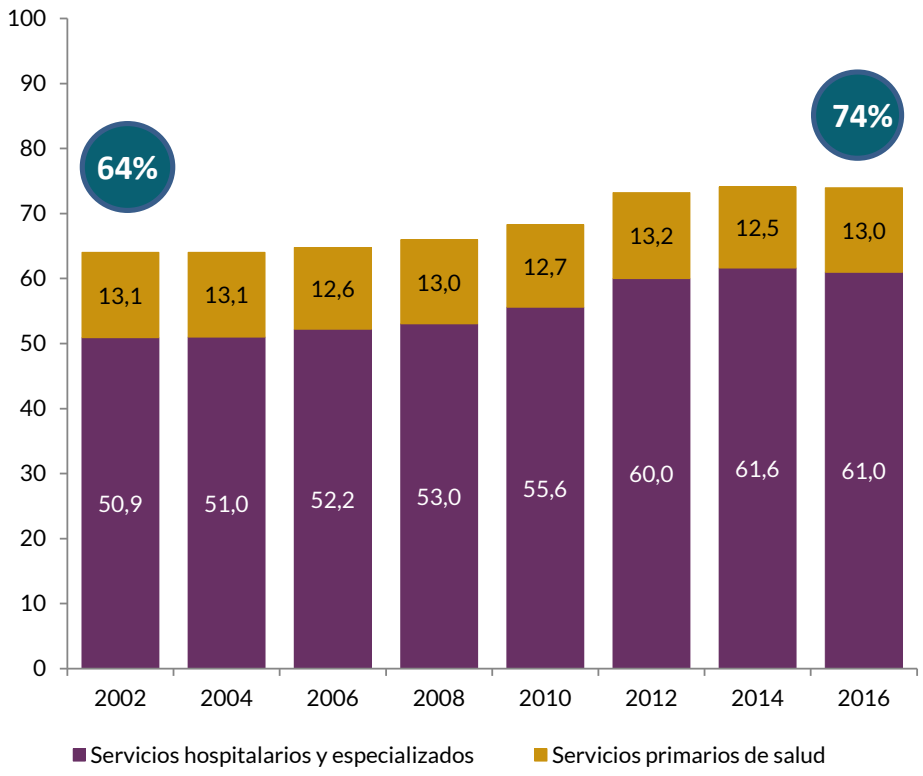
3.2 Gasto público en sanidad

El gasto público en sanidad en la Comunitat Valenciana ascendió a 6.541 millones de euros en 2016 –último ejercicio para el que se cuenta con datos liquidados-, de los cuáles el 13% (851 millones de euros) corresponden a servicios primarios de salud, el 61% (3.987 millones de euros) a servicios hospitalarios y especializados (**gráfico 3.4**). El 26% restante del gasto se destina a farmacia no hospitalaria, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud o inversiones. Casi tres cuartas partes del gasto total público en sanidad se dedican pues a la atención primaria y hospitalaria, en las que la asistencia sanitaria a la población mayor representa una parte importante de las mismas.

El gasto en asistencia sanitaria tanto en centros de atención primaria como en hospitales o centros de especialidades ha aumentado considerablemente desde 2002, si bien sufrió fuertes ajustes en los años de crisis, especialmente los servicios primarios (**gráfico 3.5**). En 2016 se habían ya recuperado los niveles previos a los ajustes en gasto per cápita, en euros constantes, alcanzándose en el caso de los servicios hospitalarios los niveles máximos del periodo 2002-2016. En el gráfico 3.5 se puede advertir que las tendencias al alza son más intensas en el gasto en atención especializada que en atención primaria.

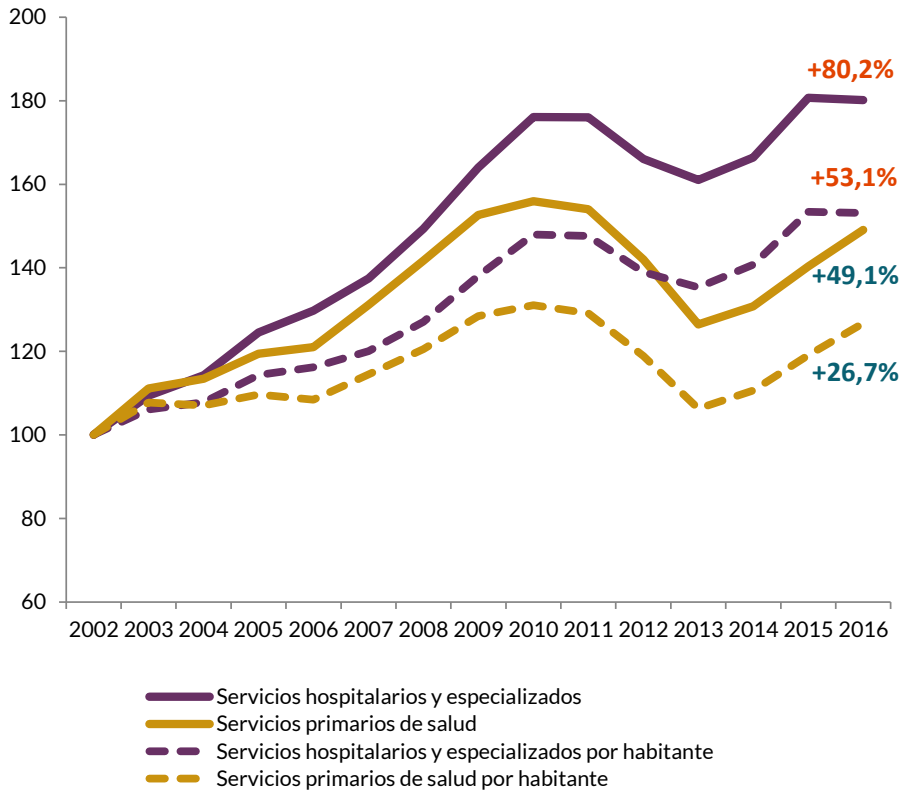
Dado que el gasto en asistencia sanitaria primaria y hospitalaria representa la mayor parte del gasto público en sanidad, un incremento de la población o una mayor frecuentación de los servicios por parte de la misma ejercerán una presión al alza en el gasto público. Esto sucederá suponiendo que los demás factores determinantes del gasto -como las mejoras tecnológicas, la eficiencia en el gasto o el cambio de políticas- se mantienen constantes. El resultado final puede verse afectado si, a los cambios demográficos se le añaden los efectos de los otros cambios como la frecuencia con la que se acude a los servicios, o la tecnología utilizada y las actuaciones de políticas que inciden en la oferta y la eficiencia de los mismos.

Gráfico 3.4. Gasto público en atención primaria y hospitalaria de la Comunitat Valenciana. 2002-2016 (porcentaje sobre el total de gasto en sanidad)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Estadística de Gasto Sanitario Público).

Gráfico 3.5. Gasto público en atención primaria y hospitalaria de la Comunitat Valenciana. Total y por habitante. 2002-2016 (millones de euros de 2010, 2002=100)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Estadística de Gasto Sanitario Público), INE (Cifras de población) y elaboración propia.

3.3 Demanda sanitaria de atención primaria

Los servicios primarios de salud comprenden la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario en centros de salud o en otro tipo de consultorios locales.

En los últimos años, el número total de consultas ordinarias –tanto dentro como fuera del centro de salud- a médicos de familia (incluyendo pediatría) en la Comunitat Valenciana presenta una tendencia decreciente (**gráfico 3.6, panel a**). Sin embargo, la composición por grupo de edad ha cambiado notablemente en pocos años, apuntando el efecto del aumento de las personas con edades en las que el estado de salud se deteriora con mayor frecuencia. El peso de las consultas correspondientes a personas entre 65 y 79 años ha disminuido ligeramente (de un 21,5% al 20,8%), mientras que las consultas de población de 80 años y más ha pasado del 8,5% al 10,8% en 7 años.

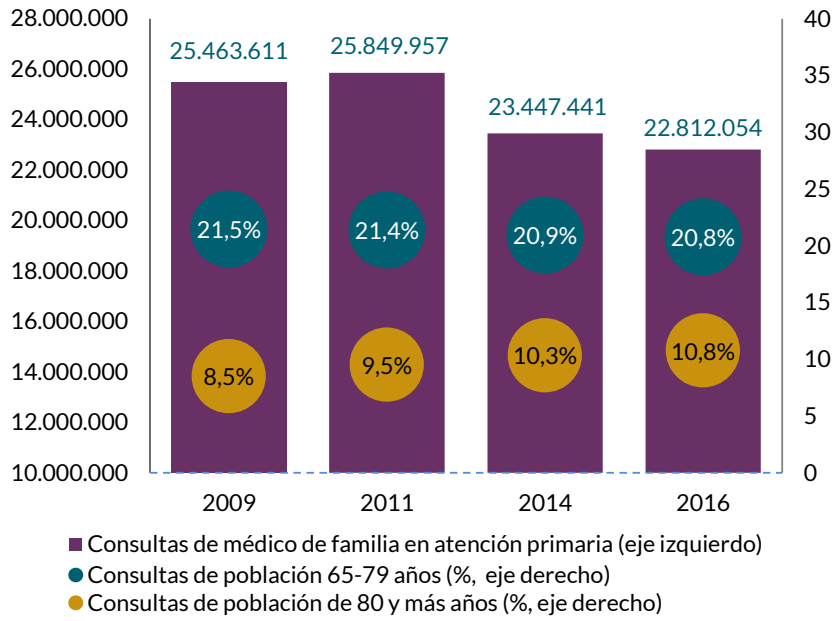
A diferencia de las consultas de médico de familia, el número total de consultas a enfermería presenta una tendencia creciente entre 2009 y 2016, si bien en el último año ha disminuido ligeramente (**gráfico 3.6, panel b**).

De forma similar, el peso en las consultas de enfermería de la población entre 65 y 79 años ha disminuido, mientras que la población más envejecida representa en la actualidad el 19,6% de las mismas, 4,2pp más de lo que representaba en 2009.

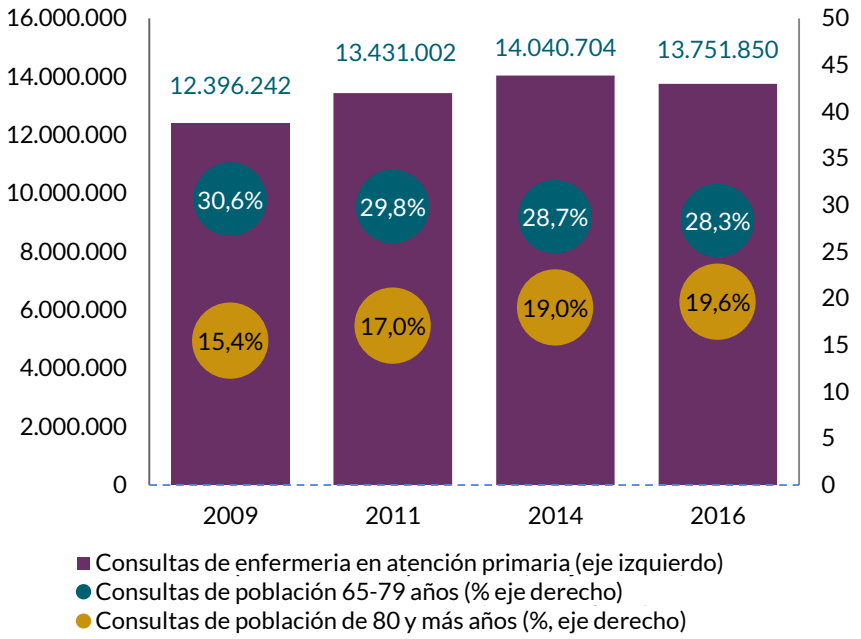
Se observa por tanto una presión al alza de la demanda sanitaria de la población mayor en la Comunitat Valenciana, especialmente de la población de 80 años y más, mientras los restantes grupos de edad –incluido el de los situados entre 65 y 79 años- reducen su demanda de servicios. Es relevante tener en cuenta, por tanto, que las proyecciones de población predicen un crecimiento de la población mayor para las próximas décadas que impulsará al alza la demanda sanitaria del grupo de mayor edad, con el consiguiente efecto sobre las finanzas públicas. Pero también ha de considerarse que las mejoras en el estado de salud del resto de la población pueden actuar en sentido contrario, aliviando la presión.

Gráfico 3.6. Consultas a médico de familia y enfermería en atención primaria en la Comunitat Valenciana. 2010-2016 (número de consultas y porcentaje sobre el total de consultas por grupo de edad)

A. Médico de familia[1]



B. Enfermería



[1]Incluye las consultas a pediatría de la población entre 0 y 15 años.

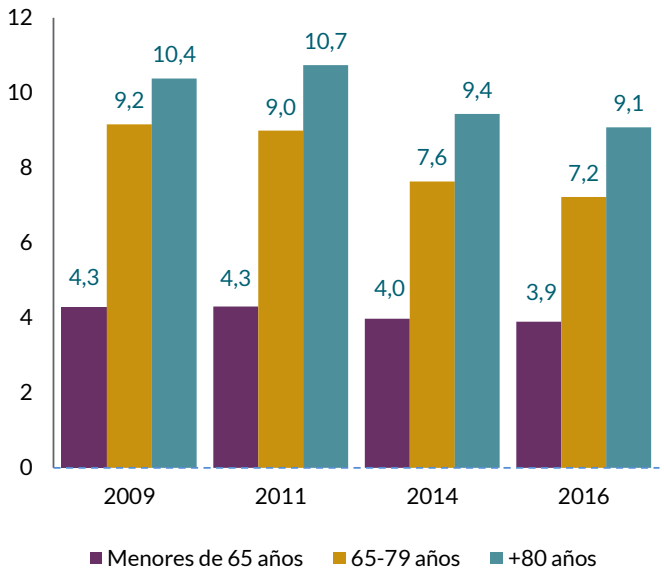
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información de Atención Primaria) y elaboración propia.

Un reflejo de que el envejecimiento de la población ejerce una presión al alza en la demanda de servicios sanitarios de atención primaria es el número de consultas medias por habitante por grupo de edad. Este índice no constituye un indicador de frecuentación como tal, pues en la población total puede haber personas residentes en la Comunitat Valenciana que no estén cubiertas por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, se ha preferido utilizarlo ya que nos permitirá posteriormente plantear un ejercicio de prospectiva de la demanda de servicios primarios.

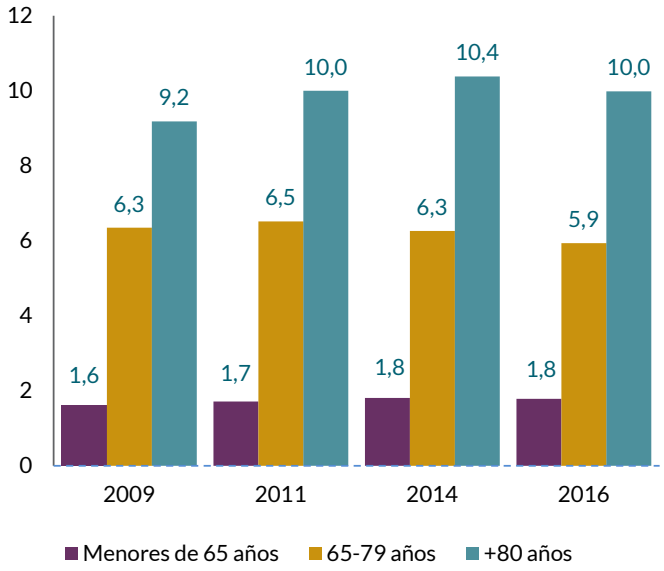
La demanda media por habitante de servicios de atención primaria por grupos de edad difiere sustancialmente tanto en las consultas de médicos de familia como en las de enfermería (**gráfico 3.7**). En 2016, un habitante de 80 años y más asistió a consultas de médico de familia 9,1 veces al año por término medio, casi 2 veces más que un habitante entre 65 y 79 años y 5,2 veces más que un habitante menor de 65 años. Se observa una tendencia decreciente en los últimos años que podría estar motivada por las mejoras en el estado de salud de la población mayor.

Gráfico 3.7. Consultas a médico de familia y enfermería en atención primaria por habitante en la Comunitat Valenciana. 2010-2016 (número de consultas por habitante)

A. Médico de familia[1]



B. Enfermería



[1]Incluye las consultas a pediatría de la población entre 0 y 15 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información de Atención Primaria), INE (Cifras de población) y elaboración propia.

Las diferencias son mayores en los servicios de enfermería. En 2016, un habitante de 80 años y más asistió por término medio 10 veces al año a consultas de enfermería, mientras que una persona entre 65 y 79 años lo hizo 5,9 veces y un habitante menor de 65 años, 1,8 veces.

La población mayor tiene por tanto más necesidades de atención sanitaria y, en consecuencia, un envejecimiento de la población presionará al alza la demanda de servicios sanitarios. A continuación se lleva a cabo un ejercicio consistente en proyectar hacia el futuro el número de consultas a médico de familia y pediatría, considerando dos escenarios. El primero se corresponde con el escenario puramente demográfico, que considera constante el actual número de consultas medias por grupo de edad quinquenal y sexo a lo largo de todo el periodo de proyección y solo tiene en cuenta la evolución de la población. El segundo escenario considera que el número de consultas por habitante es cada vez menor, como consecuencia de factores distintos de la demografía (educativos, de estilos de vida) y asume que la consulta media seguirá la tendencia decreciente de los últimos años.

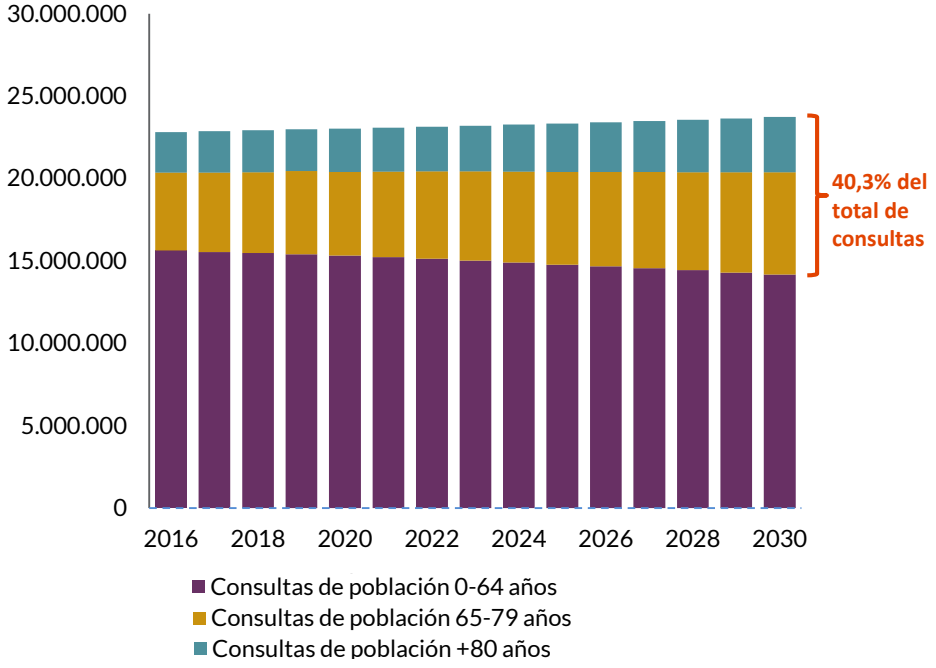
De acuerdo con el escenario puramente demográfico (**gráfico 3.8, panel a**), el número de consultas totales de atención primaria a médicos de familia y pediatras aumentará un 4% entre 2016 y 2030, si bien se producirá un cambio en la estructura de las mismas por grupo de edad: las consultas de los habitantes menores de 65 años caerá pero las consultas de la población mayor de esa edad, que actualmente representan un 32,9%, aumentarán y llegarán a representar el 40,3% del total.

El segundo escenario es más conservador (**gráfico 3.8, panel b**). Si se mantiene la tendencia de los últimos años en el número de consultas por habitante, el volumen total de consultas en atención primaria a médico de familia disminuirá pero se producirá también un cambio en la composición de las mismas: las consultas de las personas de 65 y más años aumentarán un 12,5%, llegando a representar un 38,3% de las consultas totales.

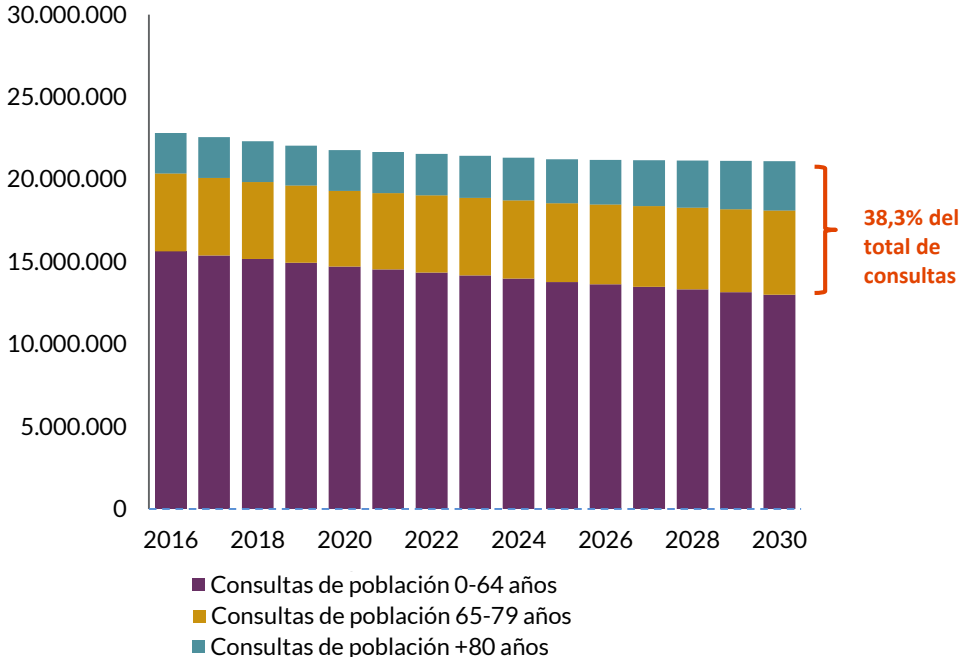
Es importante advertir que un mayor peso de la población mayor en atención primaria puede tener consecuencias no solo en el gasto en servicios primarios de salud, sino también repercutir indirectamente en otros componentes del gasto sanitario, como el farmacéutico o el gasto en servicios hospitalarios y especializados.

Gráfico 3.8. Proyección de las consultas a médico de familia en atención primaria en la Comunitat Valenciana[1]. 2016-2030 (número de consultas)

A. Escenario 1



B. Escenario 2



[1] Escenario 1: Se mantiene constante el número de consultas por habitante de 2016.

Escenario 2: Se supone que la tendencia decreciente del número de consultas por habitante de los últimos años se mantiene hasta 2020 y que a partir de ese año sigue decreciendo pero a un ritmo menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información de Atención Primaria), INE (Proyección de población) y elaboración propia.

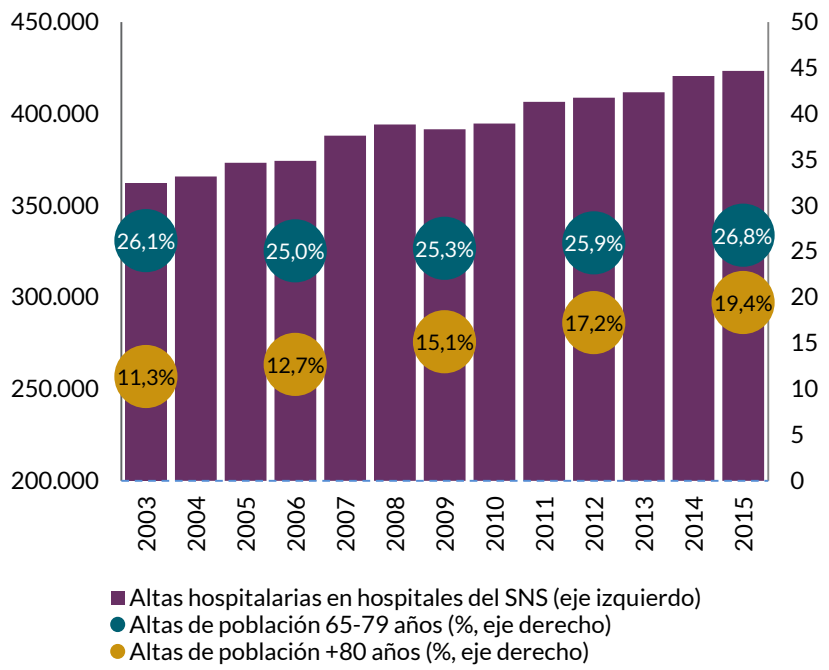
3.4 Demanda sanitaria de atención hospitalaria y especializada

Los servicios de atención hospitalaria y especializada comprenden la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y otro personal sanitario y no sanitario en hospitales o en centros de especialidades.

El número de altas hospitalarias en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud de la Comunitat Valenciana ha experimentado una tendencia creciente entre 2003 y 2015, alcanzando en ese último año para el que se dispone de información los 423.438 pacientes, según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (**gráfico 3.9**). En el total de altas hospitalarias la población mayor representa un 46,2%. La población entre 65 y 79 años representa un 26,8% de las altas y su peso apenas ha variado a lo largo del periodo analizado. En cambio, las altas correspondientes a personas de 80 años y más han aumentado sustancialmente, pasando de representar el 11,3% en 2003 al 19,4% en 2015.

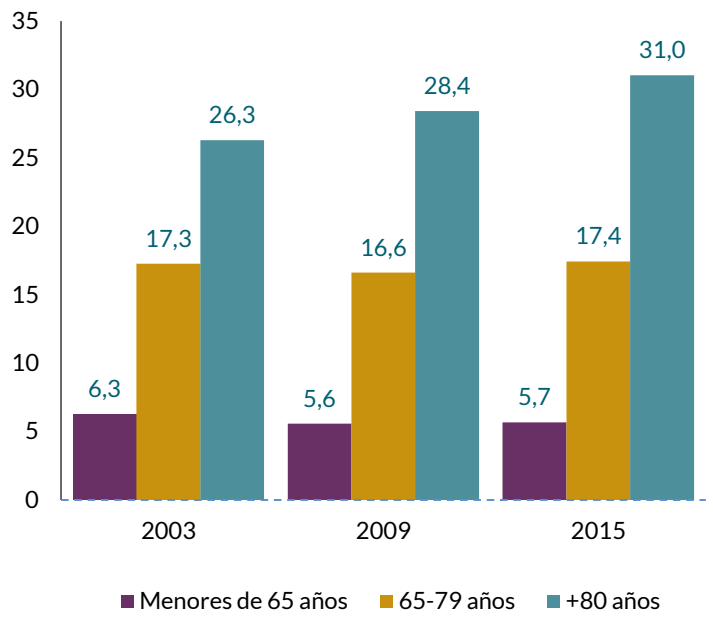
El mayor peso de la población de 80 años y más en el total de altas hospitalarias se deriva no solo de que la población vive más y hay más población en ese grupo de edad, sino también porque la frecuentación de estos servicios ha aumentado entre la población de ese grupo de edad (**gráfico 3.10**). El número de altas por cada 100 habitantes de 80 años y más en la Comunitat Valenciana ha pasado de 26,3 en 2003 a 31 en 2015, mientras que en el resto de la población dicha ratio se ha mantenido relativamente estable: 5-6 altas por cada 100 habitantes menores de 65 años y 16-17 altas por cada 100 habitantes entre 65 y 79 años.

Gráfico 3.9. Altas hospitalarias del SNS en la Comunitat Valenciana. 2003-2015 (número de altas y porcentaje sobre el total de altas)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Registro de Actividad de Atención Especializada) y elaboración propia.

Gráfico 3.10. Altas hospitalarias del SNS por cada 100 habitantes en la Comunitat Valenciana. 2003-2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Registro de Actividad de Atención Especializada), INE (Cifras de población) y elaboración propia.

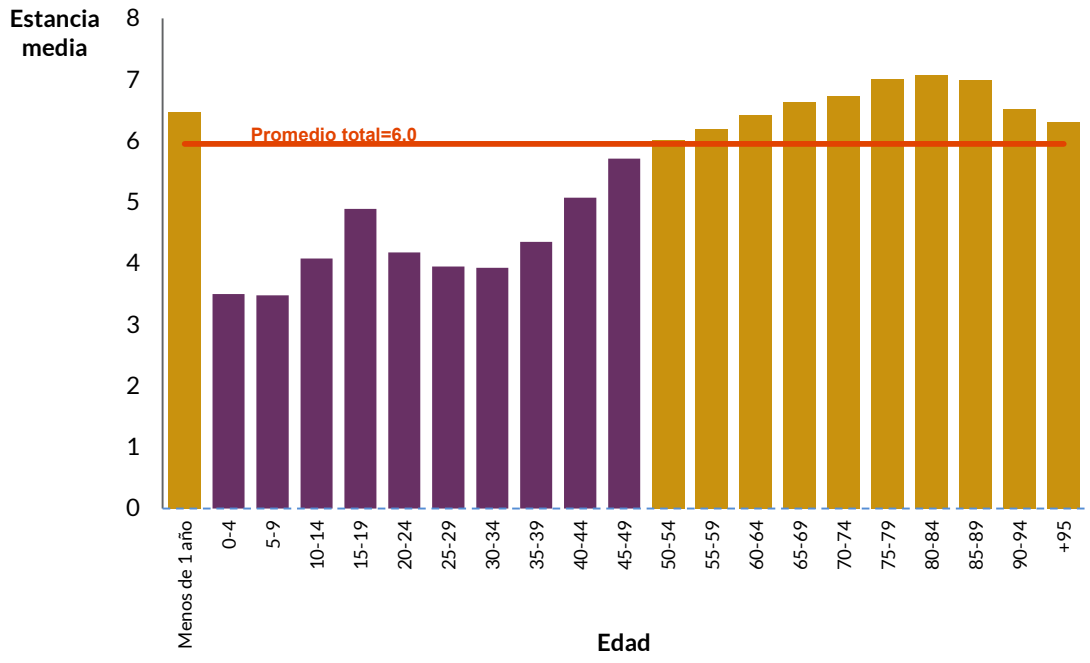
La población mayor no solo frecuenta con mayor intensidad la atención hospitalaria sino que, además, la estancia media en hospitales también aumenta con la edad (**gráfico 3.11**). El paciente medio, independientemente de su edad, está hospitalizado 6 días en los hospitales de la Comunitat Valenciana. Sin embargo, la estancia media es mayor para los niños de menos de 1 año (por nacimiento) y para la población de 50 y más años. Los pacientes con edad comprendida entre 75 y 89 años son los que están hospitalizados más días (un promedio de 7).

El deterioro del estado de salud de la población de más edad y la mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas produce más riesgo de ser hospitalizado y de permanecer en los centros durante estancias más largas. Por esta vía el envejecimiento presiona sobre los costes hospitalarios y el gasto público en sanidad, y puede poner en peligro la estabilidad de las finanzas públicas a medio y largo plazo.

La creciente frecuentación media de la población de más de 65 años, junto con el aumento de la población envejecida, presionan al alza la demanda de servicios hospitalarios. Resulta interesante hacer un ejercicio de prospectiva de ese posible incremento, considerando únicamente el efecto demográfico sobre las altas hospitalarias. Siguiendo ese criterio, el ejercicio realizado considera constante el número medio de altas por habitante de 2015 para cada grupo quinquenal de edad y sexo (**gráfico 3.12**).

De acuerdo con las proyecciones demográficas del INE y considerando constantes los demás factores determinantes de la demanda hospitalaria, el número de altas en hospitales del SNS en la Comunitat Valenciana aumentarán un 13,5% entre 2016 y 2030, representando la población de 80 y más años casi un 25% de las mismas. Las altas hospitalarias de personas con 65 y más años aumentarán un 37,4%, llegando a superar el 50% del total de la Comunitat Valenciana. Se trata de cifras importantes, que deberían servir de señales de alerta de las consecuencias que el envejecimiento puede tener sobre los costes hospitalarios, pues los porcentajes de incremento pueden ser superiores a las mismas dado que la población padece enfermedades con peor diagnóstico y mayor cronicidad, que generan estancias más largas y costosas.

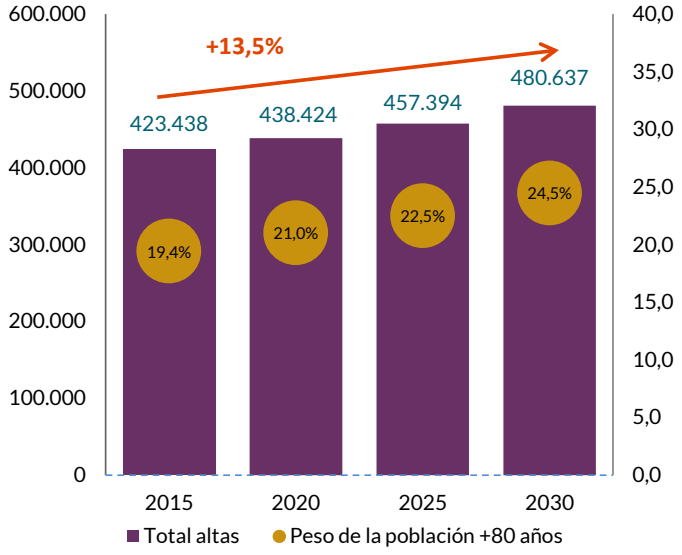
Gráfico 3.11. Estancia media de hospitalización por grupo de edad en la Comunitat Valenciana. 2015 (número de días)



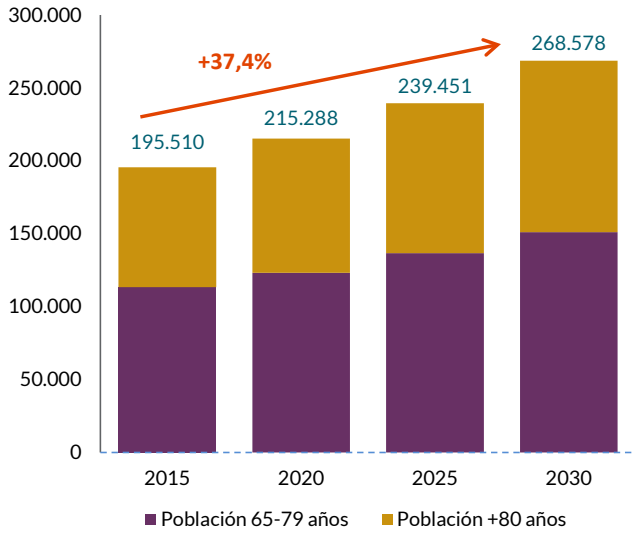
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Registro de Actividad de Atención Especializada), INE (Cifras de población) y elaboración propia.

Gráfico 3.12. Proyecciones del total de altas hospitalarias en la Comunitat Valenciana. 2015-2030

A. Total altas



B. Altas de población 65 y más años



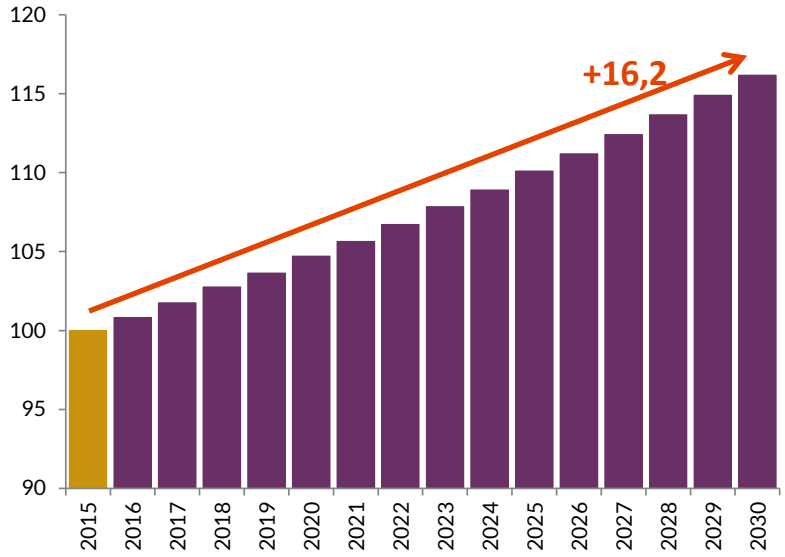
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Registro de Actividad de Atención Especializada), INE (Proyecciones de población) y elaboración propia.

Con la finalidad de aproximar el impacto que el envejecimiento y la mayor longevidad de la población puede tener sobre los costes hospitalarios se ha realizado otro ejercicio de prospectiva, a partir de los costes medios para cada Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) estimados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social[4]. Combinando la proyección de las altas hospitalarias para cada GRD y considerando constante el coste medio de cada GRD estimado para 2015, se ha obtenido una proyección de los costes hospitalarios. Puesto que los valores obtenidos no constituyen costes reales específicos sino una aproximación a los costes de atención hospitalaria, centramos la atención en la evolución que los mismos pueden experimentar a corto y medio plazo como consecuencia del envejecimiento.

Los costes hospitalarios de 2030 serán un 16,2% superiores a los de 2015 como consecuencia únicamente del envejecimiento de la población (**gráfico 3.13, panel a**). Esta estimación no considera ni los ahorros derivados de posibles mejoras en la organización y en la eficiencia del gasto, ni los efectos sobre el gasto –al alza o la baja- derivados de las mejoras tecnológicas que se puedan producir en ese periodo de tiempo. Distinguiendo por grupo de edad[5] (**gráfico 3.13, panel b**), la proyección indica que el coste derivado de atender a la población mayor aumentaría un 42,6% en la población de 80 años y más, y un 33,3% en la de edad comprendida entre 65-79 años. Como consecuencia de la menor natalidad, los costes asociados a la población infantil de entre 0 y 4 años caerán más de un 25% entre 2015 y 2030 y la de la población entre 5 y 64 años un 2,1%.

Gráfico 3.13. Proyecciones de la evolución del coste de hospitalización en el SNS en la Comunitat Valenciana[1]. 2015-2030 (2015=100)

A. Coste total

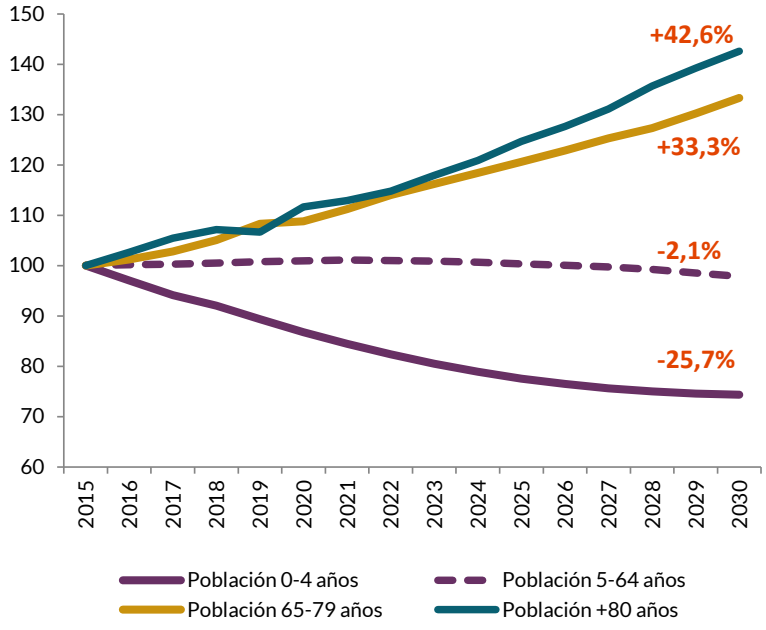


[4] Los Grupos relacionados por el Diagnóstico (GRD) son las categorías de clasificación de pacientes que agrupan los episodios de hospitalización en un determinado número de clases con identidad clínica y consumo similar de recursos. La proyección de los costes hospitalarios se ha realizado estimando la proyección de las altas hospitalarias para cada GRD y multiplicando ésta por el coste medio de cada GRD. Este coste es estimado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a partir de una muestra de hospitales generales del SNS de España, constituye una aproximación a los costes de atención y en ningún caso reflejan el gasto real global del sistema.

[5] La distinción del coste asociado a cada grupo de edad debe tomarse con cautela ya que en la estimación de los costes medios de cada GRD no se ha distinguido por grupo de edad y, como consecuencia, dicha estimación puede estar afectada por la variabilidad de los casos que engloban cada GRD.

Gráfico 3.13 (cont). Proyecciones de la evolución del coste de hospitalización en el SNS en la Comunitat Valenciana[1]. 2015-2030.

B. Coste asociado a cada grupo de edad



[1] Se han utilizado los costes medios para cada Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) estimados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Registro de Actividad de Atención Especializada), INE (Proyecciones de población) y elaboración propia

4. LONGEVIDAD Y DEPENDENCIA

De acuerdo con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), la dependencia se define como *"la situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o de otros apoyos para su autonomía personal"*.

El mayor envejecimiento de la población no solo se asocia a una mayor demanda de servicios sanitarios sino que también puede presionar sobre las necesidades de cuidados de larga duración y de atención a las personas dependientes. Esta columna del Estado de bienestar es de desarrollo más reciente en España, pero debería ser contemplada sistemáticamente al analizar las implicaciones de la longevidad para el gasto público y también para el gasto de los hogares.

Para el desarrollo de las políticas públicas relacionadas con la dependencia es necesario conocer la situación actual de la Comunitat Valenciana en este sentido, pues el despliegue de la atención a los dependientes se ha hecho más lentamente hasta hace pocos años, como consecuencia de los problemas de financiación padecidos por la Generalitat Valenciana y de las prioridades de gasto de los distintos gobiernos.

El conocimiento de los perfiles de las personas dependientes actuales y de las proyecciones sociodemográficas en este sentido es necesario para que el diseño de acciones futuras en esta materia se adapte lo mejor posible a las necesidades de cuidados de dependientes de la Comunitat. Este apartado analiza esa problemática desde dos perspectivas: por un lado, las limitaciones que la población mayor padece en su vida diaria y el grado de dependencia de terceros que de las mismas se deriva; y por otro, la situación actual del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en la Comunitat Valenciana en perspectiva comparada con otras comunidades. Asimismo, se lleva a cabo un ejercicio de prospectiva para evaluar el impacto que el envejecimiento puede tener sobre la evolución de la población (potencialmente) dependiente en las próximas décadas.

La provisión de cuidados a personas en situación de dependencia es un elemento fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de políticas públicas, tanto los cuidados de carácter formal –realizados por profesionales- como los de carácter informal, prestados por familiares o allegados. En este apartado se analiza la evolución del empleo en servicios de atención a la dependencia y el perfil de los cuidadores de personas dependientes.

4.1 Situación y prospectiva de la población dependiente

Existe un estrecho vínculo entre dependencia y edad pues la población en edad avanzada tiene mayor probabilidad de padecer con más intensidad algún tipo de limitación y necesitar mayores apoyos para realizar actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, la dependencia puede afectar a todas las edades de la población, bien por nacimiento o por algún accidente o enfermedad en edades tempranas o en la vida adulta.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 incluye una serie de preguntas acerca de la existencia de limitaciones para el ejercicio de actividades del hogar y de actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Las preguntas son dirigidas únicamente a la población de 65 y más años que reside en viviendas familiares, de modo

que no permite evaluar la incidencia de la dependencia en menores de 65 años y esa limitación condiciona el alcance de los datos que se presentan a continuación.

Actividades del hogar

Las actividades del hogar comprenden la realización de tareas domésticas, hacer la compra, administrar la economía del hogar, la preparación de comidas, la administración de medicamentos o el uso del teléfono.

En la Comunitat Valenciana, un 42,5% de la población de 65 y más años sufre algún tipo de limitación para realizar actividades del hogar (**gráfico 4.1**). De esas personas la mayoría son mujeres y más de la mitad lo hace con mucha dificultad o no puede hacerlo. Las actividades del hogar en las que mayor limitación sufren son la realización de tareas domésticas, tanto pesadas -como mover muebles o transportar la compra- como ligeras –limpiar o hacer la colada-, y hacer la compra.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Por su parte, las denominadas ABVD comprenden actividades como asearse, vestirse, sentarse o levantarse, ir al servicio o alimentarse.

En el caso de las ABVD, un 20% de la población de 65 y más años de la Comunitat Valenciana sufre alguna limitación y, al igual que en las actividades del hogar, la mayoría son mujeres (**gráfico 4.1**). La limitación es mayor en actividades como asearse, vestirse o realizar movimientos como levantarse o sentarse.

En definitiva, un elevado porcentaje de la población de 65 y más años de la Comunitat Valenciana sufre algún tipo de limitación en la realización de actividades cotidianas y, por tanto, tiene mayor probabilidad de pertenecer a la población potencialmente dependiente.

Gráfico 4.1. Población de 65 años o más con limitaciones para actividades del hogar[1] y ABVD[2] en la Comunitat Valenciana. 2017 (porcentaje sobre la población total de 65 y más años)

A. Por grado de limitación

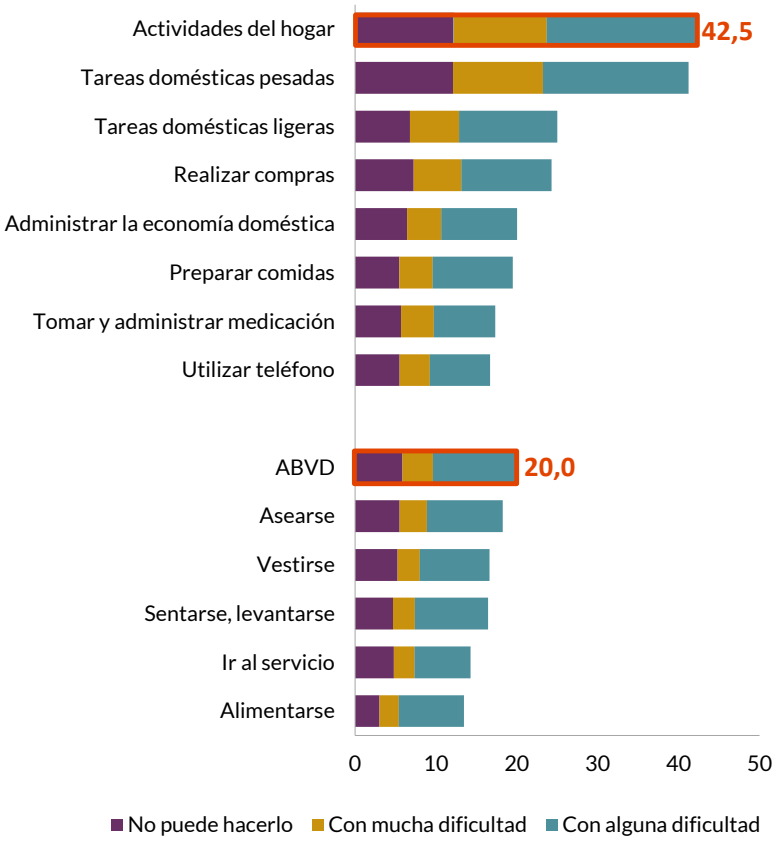
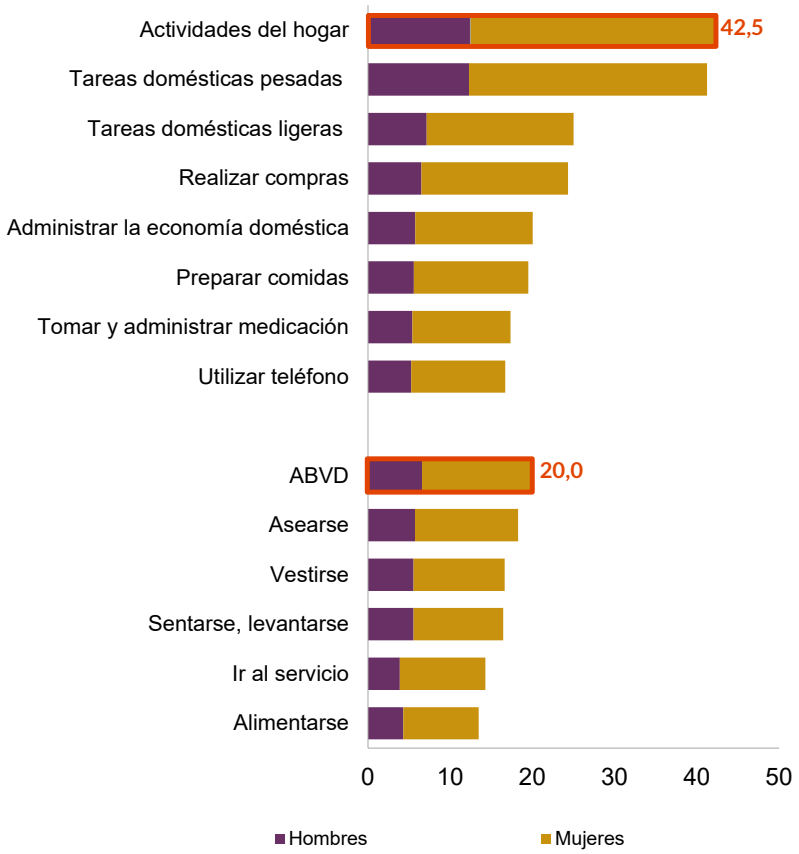


Gráfico 4.1 (cont). Población de 65 años o más con limitaciones para actividades del hogar[1] y ABVD[2] en la Comunitat Valenciana. 2017 (porcentaje sobre la población total de 65 y más años)

B. Por sexo



[1] Actividades del hogar: Tareas domésticas pesadas (mover muebles, transportar compra, etc), tareas domésticas ligeras (limpiar, hacer la colada, etc), realizar compras, administrar la economía doméstica, preparar comidas, tomar y administrar medicación, utilizar el teléfono.

[2] ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria): Asearse, vestirse, sentarse y/o levantarse, ir al servicio, alimentarse.

Fuente: INE (Encuesta Nacional de Salud 2017).

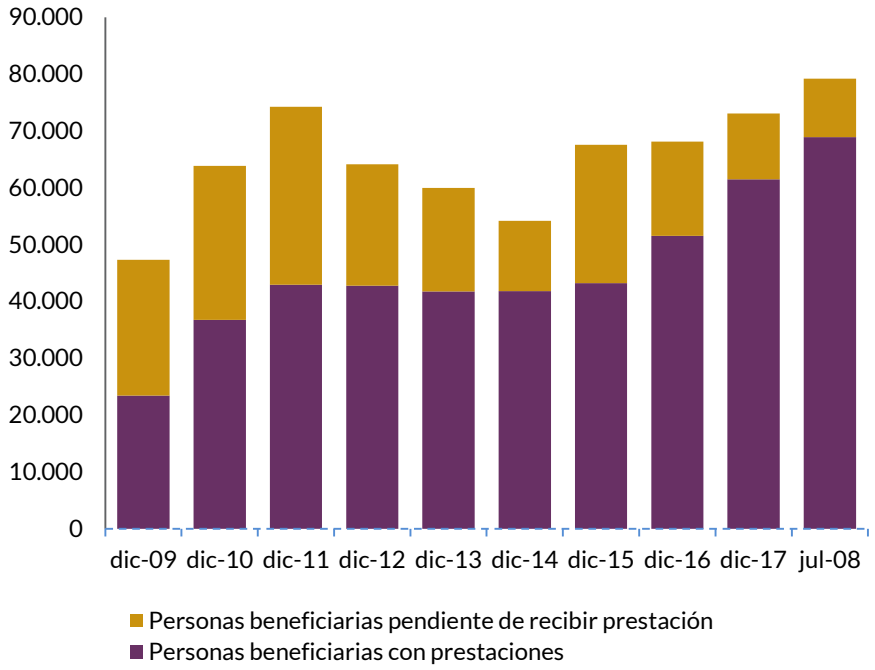
Desarrollo del SAAD

Desde la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en España se ha ido desarrollando el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que comprende un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y la protección de las personas en situación de dependencia.

Tras su puesta en marcha, la Comunitat Valenciana inició el procedimiento de valoración y reconocimiento de la población dependiente, avanzando el despliegue del SAAD más lentamente que en otras comunidades. A finales de 2009 se habían reconocido como población con algún grado de dependencia a 47.337 personas, de las cuales el 50% recibía ya en ese momento la prestación (**gráfico 4.2**). Durante los años de crisis se paralizó el proceso de reconocimiento de población dependiente en la Comunitat Valenciana y se produjo una caída en la población total reconocida como dependiente, como consecuencia de fallecimientos, bajas y revisiones del grado de dependencia.

En 2015 se reactivó el proceso de valoración y desde entonces se ha reducido el periodo de espera para obtener la prestación tras el reconocimiento del derecho. En julio de 2018 el número de dependientes reconocidos por el SAAD en la Comunitat Valenciana asciende a 79.207, en los que el 87% de los reconocidos están recibiendo prestación, un porcentaje creciente como resultado de la reducción de los tiempos de espera.

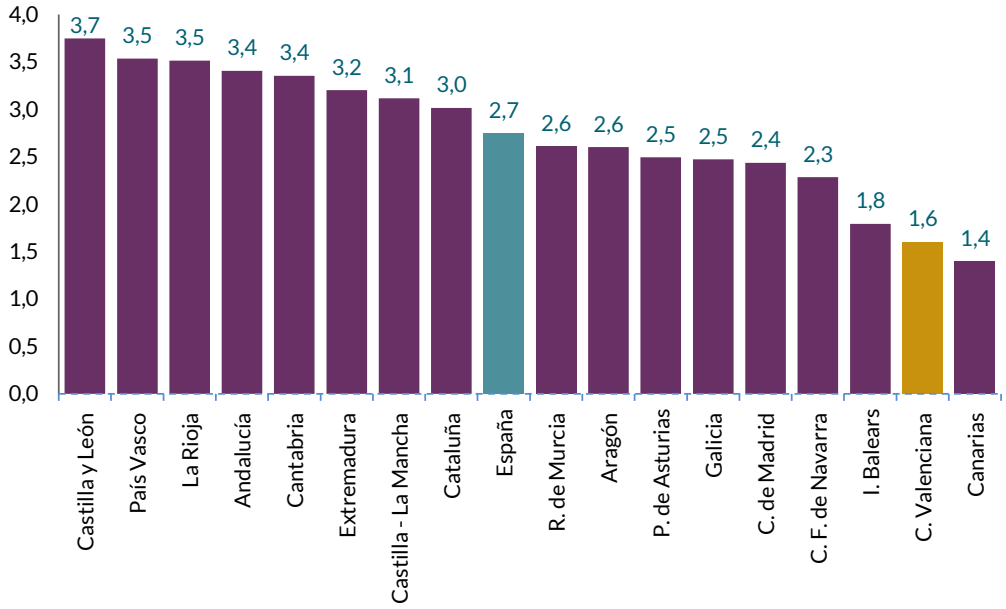
Gráfico 4.2. Población reconocida como dependiente con derecho a prestación por el SAAD en la Comunitat Valenciana[1]. 2009-2018



[1] El dato se corresponde con la situación a diciembre de cada año: hasta 2011 con la situación a 1 de diciembre y el resto del periodo, a 31 de diciembre. La información se presenta una vez regularizadas las bajas, fallecimientos, revisiones de grado o de prestación y expedientes depurados.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Gráfico 4.3. Población reconocida como dependiente con derecho a prestación por el SAAD por CC. AA. Julio de 2018 (porcentaje sobre el total de población)[1]



[1] Se ha considerado la población a 1 de enero de 2018.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Desde el comienzo de la aplicación de la Ley 39/2006, el grado de desarrollo del SAAD no ha sido el mismo en todas las comunidades y, como resultado de ello, la tasa de cobertura, es decir, la ratio entre población reconocida con derecho a prestación y la población residente, difiere sustancialmente entre comunidades (**gráfico 4.3**). Una parte de estas diferencias podrían explicarse por el distinto peso de la población potencialmente dependiente de cada comunidad, debido entre otras circunstancias a la estructura de edades de la población. Sin embargo, las diferencias entre las regiones son enormes y evidencian también diferencias en el desarrollo y la gestión del SAAD que van más allá de las características de la población.

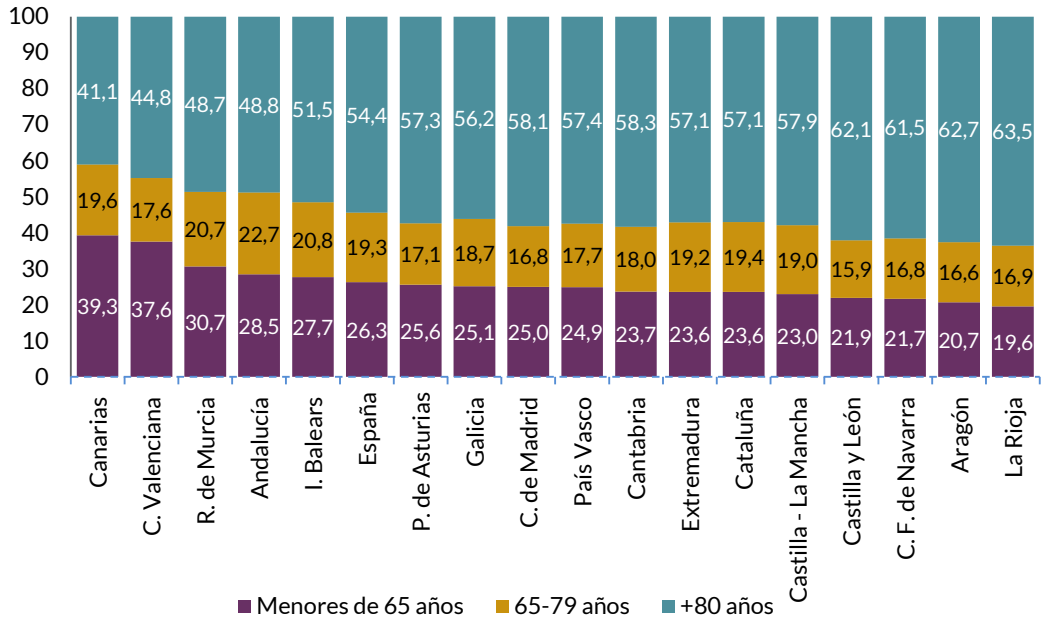
La Comunitat Valenciana se sitúa a la cola de las comunidades autónomas en tasa de dependencia sobre población total, solo por delante de Canarias. En la Comunitat la población reconocida como dependiente representa el 1,6% de la población total, menos de la mitad del 3,7% de Castilla y León y del 3,5% de País Vasco y La Rioja.

Como se ha advertido anteriormente, la población de más edad tiene mayor probabilidad de sufrir limitaciones en las actividades de la vida cotidiana, pero la dependencia puede afectar a todos los grupos de edad.

En ese sentido, merece la pena constatar que existen diferencias sustanciales en la distribución de la población reconocida como dependiente por grupo de edad entre comunidades, que podrían responder a criterios distintos de las administraciones responsables de reconocer las situaciones de dependencia (**gráfico 4.4**). Canarias, Comunitat Valenciana y Murcia son las comunidades que mayor porcentaje de población reconocida como dependiente es menor de 65 años, más de un 30%. En cambio, en La Rioja menos del 20% de los reconocidos como dependientes pertenecen a este grupo de edad.

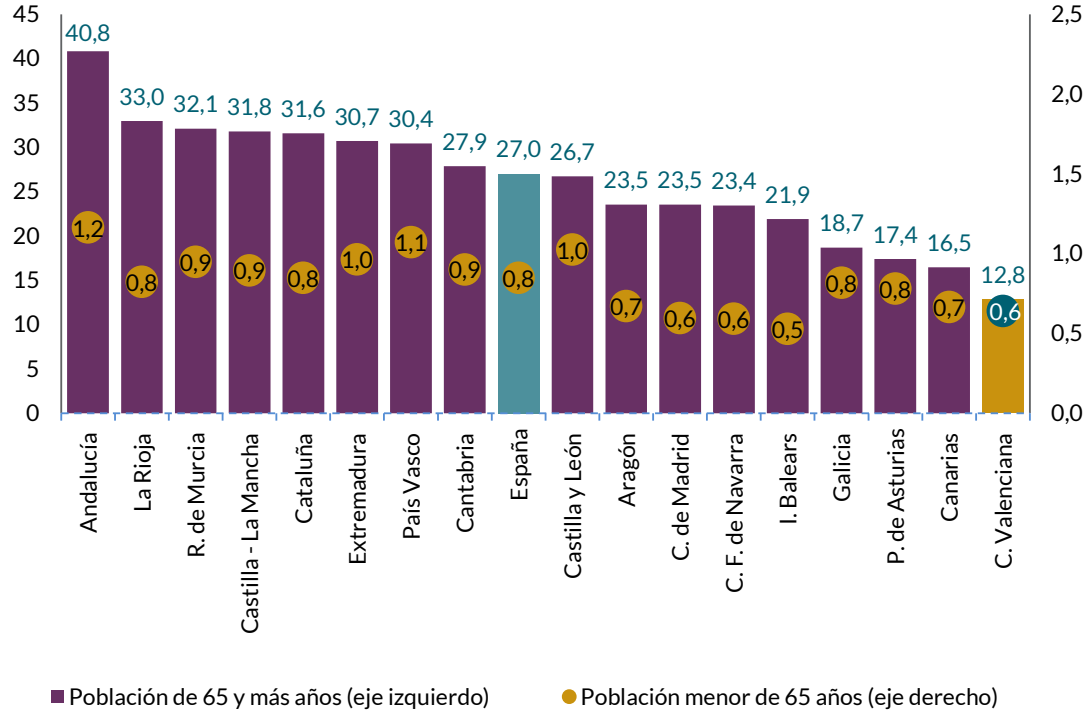
Es importante destacar que, aunque el envejecimiento presionará al alza la demanda de prestaciones económicas y en especie ligadas a la atención a la dependencia, no hay que olvidar que un tercio de los actualmente reconocidos como dependientes pertenece a un grupo de población más joven con también importantes necesidades de atención en esta materia y mayores aspiraciones a promover su autonomía que una persona mayor.

Gráfico 4.4. Personas beneficiarias del SAAD con derecho a prestación por grupo de edad por CC. AA. Diciembre de 2016 (distribución porcentual)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017a) y elaboración propia.

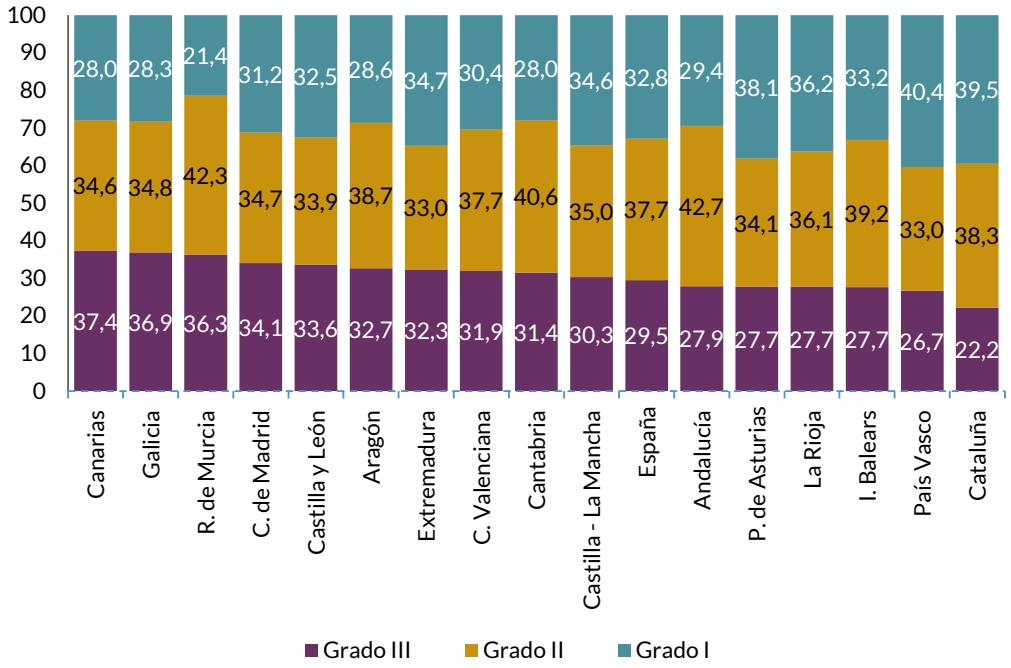
Gráfico 4.5. Población reconocida como dependiente con derecho a prestación por el SAAD por grupo de edad por CC. AA. Diciembre de 2016 (porcentaje sobre el total de población)[1]



[1] Se ha considerado la población a 1 de enero de 2017.

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), Ministerio de Hacienda y elaboración propia.

Gráfico 4.6. Personas beneficiarias del SAAD con derecho a prestación por grado de dependencia por CC. AA. Julio de 2018 (distribución porcentual)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017a) y elaboración propia.

Puesto que la población mayor tiene más probabilidad de ser dependiente y la estructura demográfica difiere sustancialmente entre comunidades, la tasa de cobertura puede calcularse también para los distintos grupos de edad (**gráfico 4.5**). En la Comunitat la población reconocida como dependiente de 65 y más años representa el 12,8% de la población de ese grupo de edad a finales de 2016, situándose a la cola de las comunidades y muy alejada de regiones como Andalucía donde la tasa de cobertura supera el 40%. Las diferencias interregionales son menores en la tasa de cobertura de la población menor de 65 años. En la Comunitat Valenciana, el 0,6% de la población menor de 65 años está reconocido como dependiente, la mitad que Andalucía (1,2%).

La Ley 39/2006 distingue tres grados de dependencia:

- Grado I de dependencia moderada, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o de forma intermitente
- Grado II de dependencia severa, cuando necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día sin necesidad de apoyo permanente
- Grado III de gran dependencia, cuando necesita ayuda varias veces al día y apoyo continuo de otra persona.

La distribución de las personas beneficiarias del SAAD con derecho a prestación por grado de dependencia también difiere entre comunidades (**gráfico 4.6**). En la Comunitat Valenciana, el 31,7% de los reconocidos como dependientes tiene grado III, un porcentaje menor que Canarias o Galicia, en las que se supera el 37%, pero mayor que Navarra y Cataluña, donde es inferior al 23%. En estas dos comunidades, junto con País Vasco, la población reconocida como dependiente con grado I representa entre el 39-41%, mientras que en la Comunitat Valenciana representa el 30,7%.

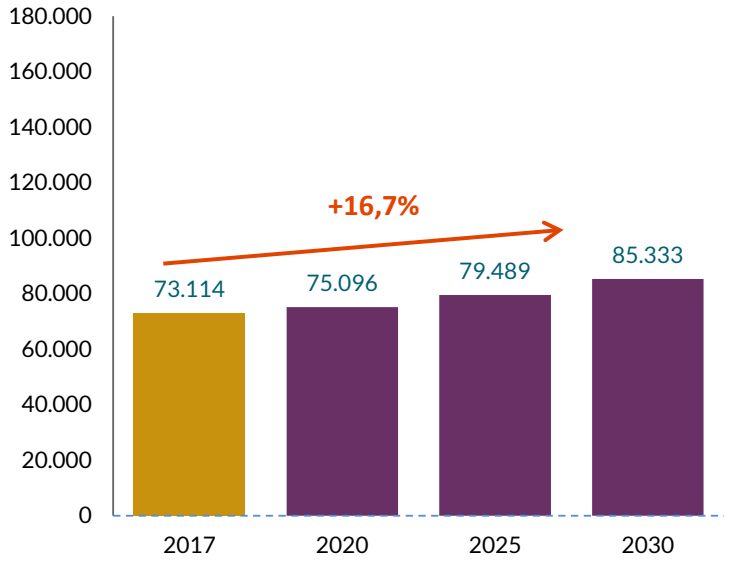
Proyecciones

El diseño de las políticas públicas debe tener en cuenta el impacto que el cambio en la estructura por edades de la población tendrá sobre la población potencialmente dependiente de la Comunitat Valenciana. Para evaluarlo se ha llevado a cabo un ejercicio de prospectiva que estima la proyección de población potencialmente dependiente para los próximos años, distinguiendo dos escenarios:

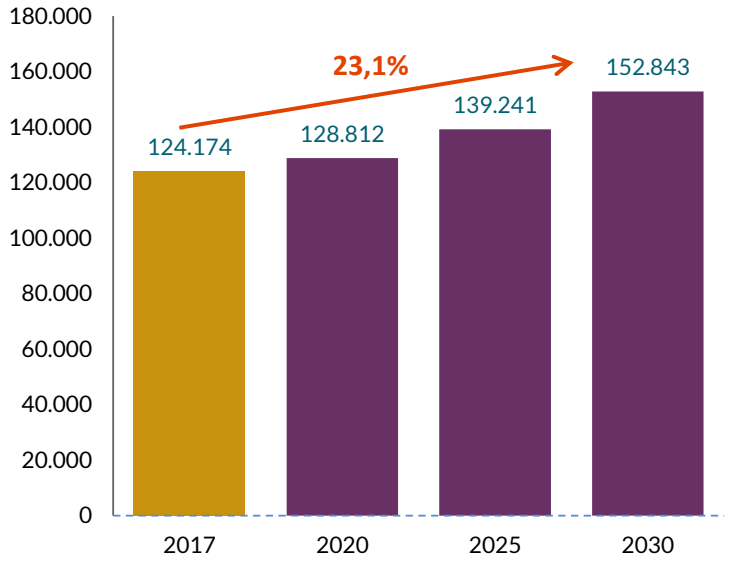
- El primer escenario supone que en la actualidad el SAAD está atendiendo a toda la población dependiente de la Comunitat Valenciana y se mantiene constante la tasa de cobertura por grupo de edad y sexo de 2016.

Gráfico 4.7. Proyecciones de la población potencialmente dependiente en la Comunitat Valenciana[1]. 2017-2030 (personas)

A. Escenario 1



B. Escenario 2



[1] Escenario 1: Manteniendo la tasa de cobertura del SAAD (ratio entre población reconocida como dependiente con derecho a prestación y población) constante de 2017.

Escenario 2: Manteniendo la ratio entre dependientes del ENS ajustados al SAAD y población constante.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), INE (Encuesta Nacional de Salud 2017; Proyecciones de población), Jiménez Lara, A. (2014) y elaboración propia.

- El segundo escenario estima la población potencialmente dependiente a partir de la información sobre las limitaciones de la población de 65 y más años en ABVD y actividades del hogar que ofrece la Encuesta Nacional de Salud de 2017 y siguiendo la metodología de Jiménez Lara (2014).

La razón para contemplar el segundo escenario es que, como se ha visto anteriormente, la tasa de cobertura del SAAD en la Comunitat Valenciana se sitúa a la cola de las comunidades por lo que es probable que, por motivos de gestión o de insuficiencia de recursos, el sistema de atención a la dependencia esté dejando sin atender a un volumen de población dependiente.

Puesto que la información sobre las limitaciones de la población de menos de 65 años no está disponible, la población potencialmente dependiente de este grupo de edad contemplada en el segundo escenario se estima del mismo modo que en el primero. Adicionalmente se incorpora una estimación de la población dependiente en centros residenciales que no participa en la Encuesta Nacional de Salud (ENS)[6]. Finalmente, la población estimada como potencialmente dependiente en la Comunitat Valenciana se ajusta a la ratio entre población potencialmente dependiente estimada a partir de la ENS y la población reconocida por el SAAD para el conjunto de España, con la finalidad de no evitar una sobreestimación de la misma y ajustarse a los criterios de reconocimiento de la dependencia del SAAD.

De acuerdo con el escenario 1, la población potencialmente dependiente de la Comunitat Valenciana aumentará un 16,7% en 2030 respecto a la población reconocida como dependiente en 2017 (**gráfico 4.7, panel a**). En cambio, de acuerdo con la estimación en el escenario 2, la población potencialmente dependiente en 2017 en la Comunitat Valenciana es de 124.174 personas, lo que implicaría que el SAAD estaría cubriendo únicamente un 59% de la población potencialmente dependiente en la actualidad (**gráfico 4.7, panel b**). Por tanto, en el futuro se necesitaría hacer un doble esfuerzo: mejorar la tasa de cobertura y atender al mayor número de personas que demandan servicios. Según este segundo escenario, la población dependiente crecerá un 23,1% entre 2017 y 2030, considerando únicamente el efecto de la demografía y sin tener en cuenta la posible mejora o deterioro del estado de salud de la población mayor[7]. Pero el número de personas a atender (152.843) sería algo más del doble de las atendidas en 2017, lo que requeriría un esfuerzo mucho mayor.

4.2 Empleo y cuidadores de la población dependiente

Las personas en situación de dependencia requieren cuidadores que les ayuden en la realización de las actividades cotidianas. Estos cuidados pueden ser de carácter informal, generalmente prestadas por personas de la familia o de su entorno más cercano –en un elevado porcentaje mujeres- en el domicilio habitual de la persona dependiente, o de carácter formal, prestados por profesionales (trabajadores autónomos, procedentes de entidades con o sin ánimo de lucro o de instituciones públicas), ya sea en el domicilio habitual del dependiente o en un centro especializado.

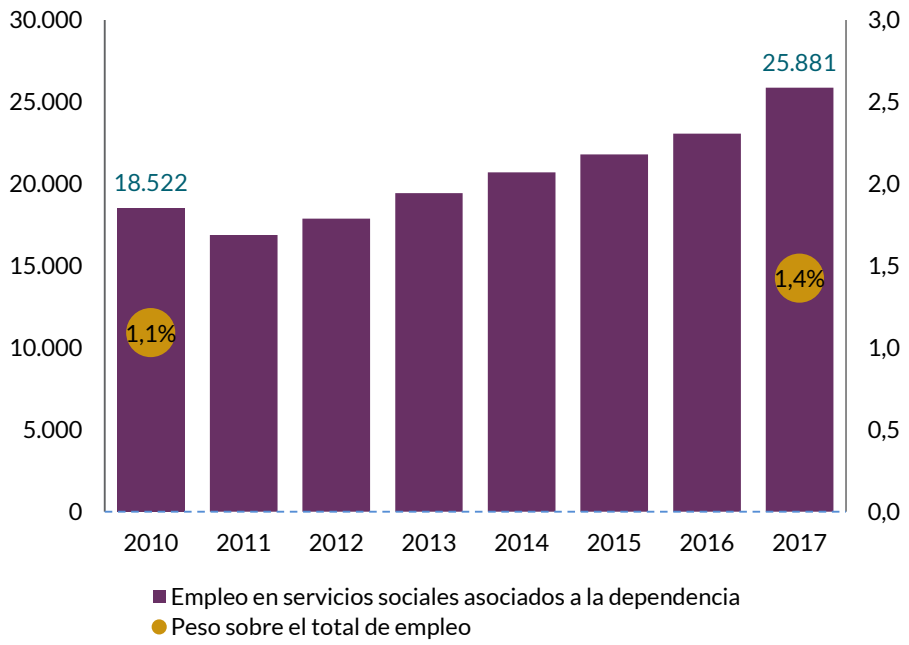
El número de afiliados a la Seguridad Social en actividades de servicios sociales asociadas a la dependencia, tanto en centros residenciales como en actividades sin alojamiento, ha experimentado una tendencia creciente en los últimos años hasta alcanzar los casi 26.000 en la Comunitat Valenciana, representando un 1,4% del total de afiliados a la Seguridad Social (**gráfico 4.8**). Es una cifra relativamente pequeña si se considera la dimensión de los servicios atendidos, que se explica porque la atención a personas dependientes se caracteriza por el elevado peso que representan los cuidadores no profesionales y el alto número de personas que cuidan a dependientes que no cotizan a la Seguridad Social, lo que dificulta su cuantificación.

El RD 615/2007 regulaba la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales y establecía la asunción por parte de la Tesorería General de la Seguridad Social de la cotización de los mismos. Esto se tradujo en un incremento sustancial en pocos años del número de cuidadores no profesionales de personas dependientes regularizados, hasta alcanzar en 2011 los 16.005 registrados en la Comunitat Valenciana (**gráfico 4.9**). Pese a reflejar solo una parte del número de cuidadores informales, se trata de una cifra similar al número de trabajadores profesionales en servicios sociales de atención a la dependencia en ese mismo año -16.891 afiliados- lo que refleja la importancia de los cuidados informales en nuestra sociedad.

[6] Ante la falta de información sobre la población potencialmente dependiente en centros residenciales, se asume que el 60% de los usuarios de residencias son personas potencialmente dependientes.

[7] En ambos escenarios la proyección de la población potencialmente dependiente se realiza a partir de las proyecciones de población del INE por grupo de edad teniendo en cuenta únicamente el efecto del cambio demográfico. Pese a seguir el mismo criterio de estimación, el crecimiento entre 2017 y 2030 de dicha población difiere en ambos escenarios como consecuencia de que el peso de la población dependiente en cada grupo de edad en el punto de partida es distinto en ambos casos.

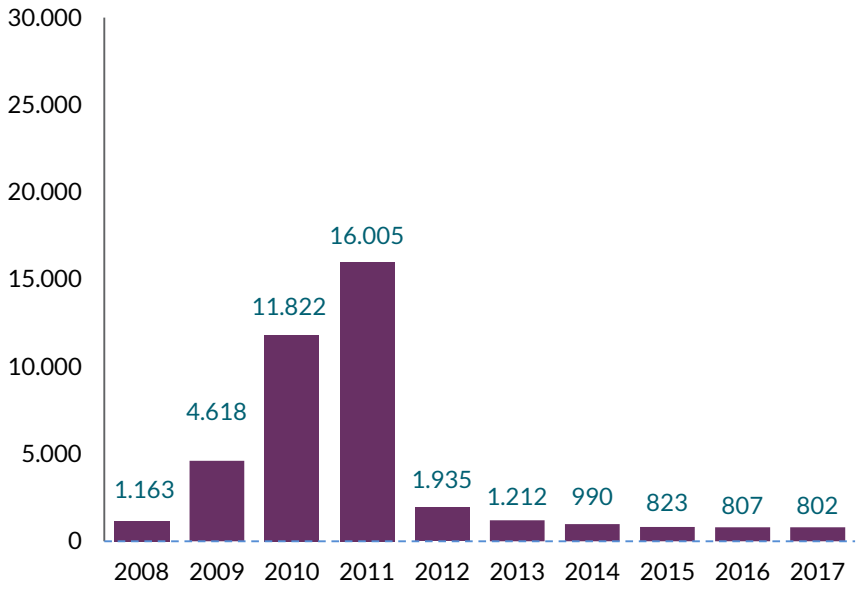
Gráfico 4.8. Empleo en servicios sociales asociados a dependencia en la Comunitat Valenciana[1]. 2010 - 2017 (número de afiliados a las Seguridad Social y porcentaje sobre el total de afiliados)



[1] No se han considerado los afiliados a la Seguridad Social en actividades de servicios sociales no asociadas a la dependencia tales como las actividades en centros de menores, cuidado de niños, orientación familiar, etc. Al no disponer de información relativa al número de afiliados de la CNAE a cuatro dígitos, se ha estimado a partir de la EPA. Datos a diciembre de cada año.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (Informes anuales del mercado de trabajo provincial), INE (Encuesta de Población Activa) y elaboración propia.

Gráfico 4.9. Cuidadores no profesionales afiliados a las Seguridad Social en la Comunitat Valenciana[1]. 2008-2017 (número de personas)



[1] Datos a diciembre de cada año.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (Estadísticas de Afiliación de Trabajadores al Sistema de la Seguridad Social) y elaboración propia.

En 2012, en el contexto de los ajustes de gasto público asociados a la crisis, el gobierno central trasladó la obligación del pago de las cuotas a la Seguridad Social a los propios cuidadores no profesionales, lo que supuso que el número de cuidadores no profesionales suscritos al convenio especial se redujera en más del 80%, pasando a ser en la Comunitat Valenciana de 1.935 personas ese mismo año. Se trata de un dato que demuestra la importancia de la ocultación administrativa de los cuidados informales y, consiguientemente, la elevada falta de protección de este colectivo que, en muchos de los casos, está formado por personas que han tenido que abandonar el mercado de trabajo para dedicarse al cuidado de algún familiar en situación de dependencia.

En estas circunstancias es de gran interés explorar las posibilidades que ofrecen las estadísticas de estimar las dimensiones de la atención a la dependencia que se realiza dentro y fuera de los hogares para el conjunto de España.

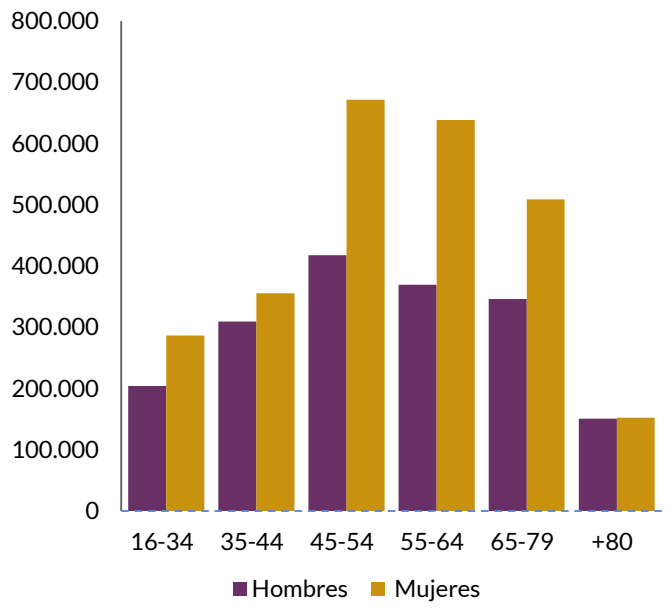
Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del INE, en 2016 un 16,9% de los hogares de la Comunitat Valenciana estaba formado por alguna persona en situación de dependencia, un porcentaje ligeramente superior al del conjunto de España (16,4%). De acuerdo con esta encuesta, en España hay 4,4 millones de personas -1.797.660 hombres y 2.613.019 mujeres- que cuidan a una persona dependiente. La mayoría son mujeres y se sitúan en una edad comprendida entre los 45 y 64 años (**gráfico 4.10, panel a**). El número de hombres que cuidan a personas en situación de dependencia es menor que el de mujeres en todos los grupos de edad, excepto en la población de 80 años y más, donde ambos sexos se igualan. En relación a su situación laboral (**gráfico 4.10, panel b**), las mujeres que cuidan a una persona dependiente son las más afectadas, pues casi la mitad se encuentran según las clasificaciones estadísticas en situación de inactividad, es decir, no se encuentran laboralmente activas y no forman parte del mercado de trabajo.

De las personas que atienden a dependientes en España, un 46,7% de los hombres y un 57% de las mujeres dedican 20 horas o más a la semana al cuidado de las mismas, de modo que dedican a esa actividad un tiempo equivalente, al menos, al 50% de una jornada laboral. El perfil más frecuente de estos cuidadores con elevada dedicación a esas tareas es una mujer con edad comprendida entre los 55 y 64 años (**gráfico 4.11, panel a**). Resulta interesante destacar el papel del hombre como cuidador a partir de los 80 años de edad, única franja de edad en la que el número de hombres cuidadores es superior al de mujeres, y que refleja el peor estado de salud de las mujeres. La menor tasa de mortalidad y el empeoramiento del estado de salud de la mujer al superar los 80 años, junto con los cambios en las estructuras de los hogares de nuestra sociedad, explica que cada vez haya más hogares formados por personas mayores que viven en pareja y en los que el hombre se encarga del cuidado de la mujer.

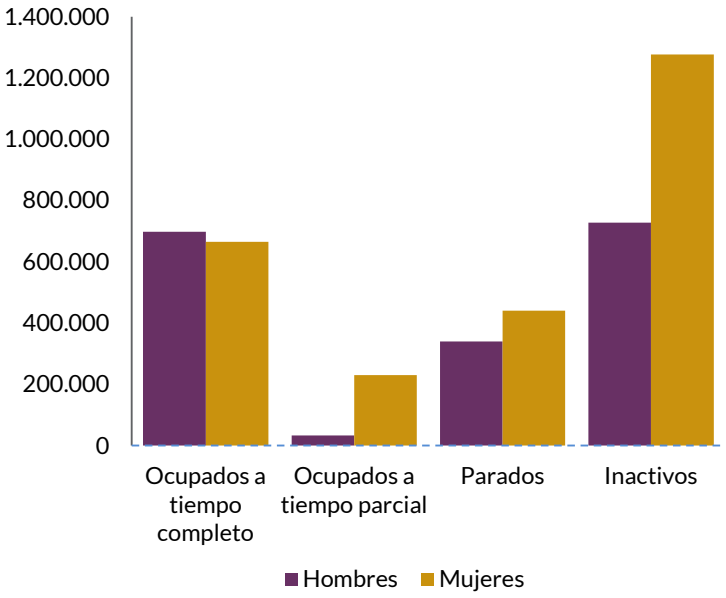
De los cuidadores que dedican 20 horas o más a la semana, la mayoría de los hombres trabajan a tiempo completo y la mayoría de las mujeres son inactivas (**gráfico 4.11, panel b**). El elevado número de horas que dedican a los cuidados cada semana explica que una parte de ellos o bien se dedique profesionalmente a ello –aunque no lo haga de manera declarada- o haya tenido que abandonar el mercado de trabajo para cuidar de algún familiar, destacando en ambos casos el papel de la mujer. En otros casos, el cuidador, en su gran mayoría la mujer, opta por dedicarse a ello a tiempo parcial, bien porque trabaja como cuidadora profesional, bien porque debe conciliar el cuidado de la persona dependiente con otra ocupación.

Gráfico 4.10. Perfil de los cuidadores de personas dependientes en España. Total cuidadores. 2016 (personas)

A. Por sexo y edad



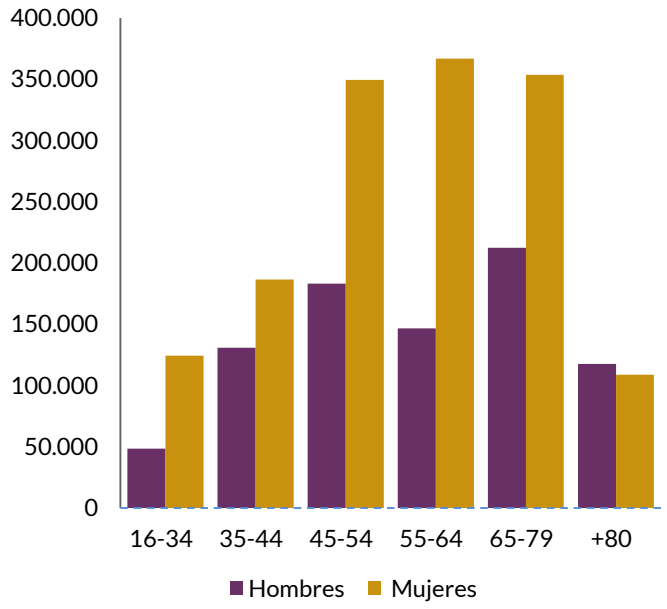
B. Por sexo y situación laboral



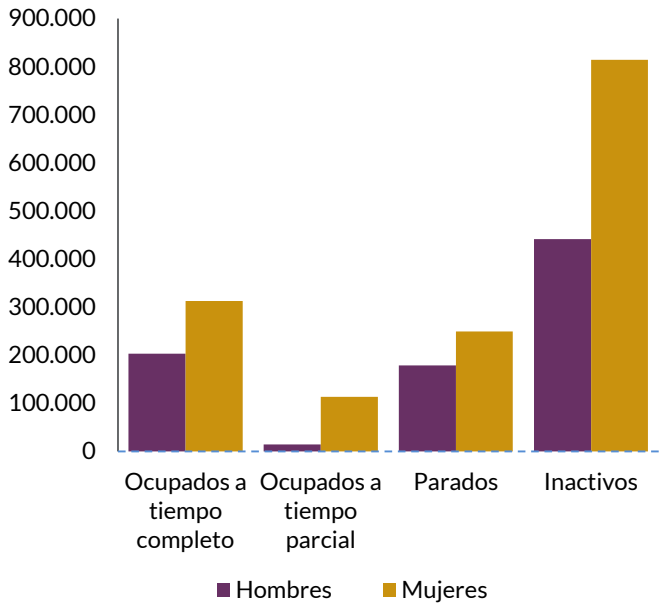
Fuente: INE (Encuesta de Condiciones de Vida 2016. Módulo de acceso a los servicios). Microdatos.

Gráfico 4.11. Perfil de los cuidadores de personas dependientes en España. Cuidadores que dedican 20 horas o más a la semana. 2016 (personas)

A. Por sexo y edad



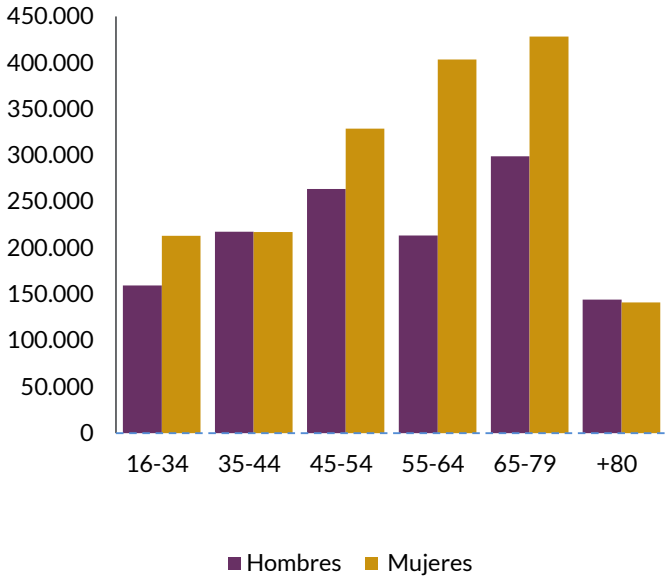
B. Por sexo y situación laboral



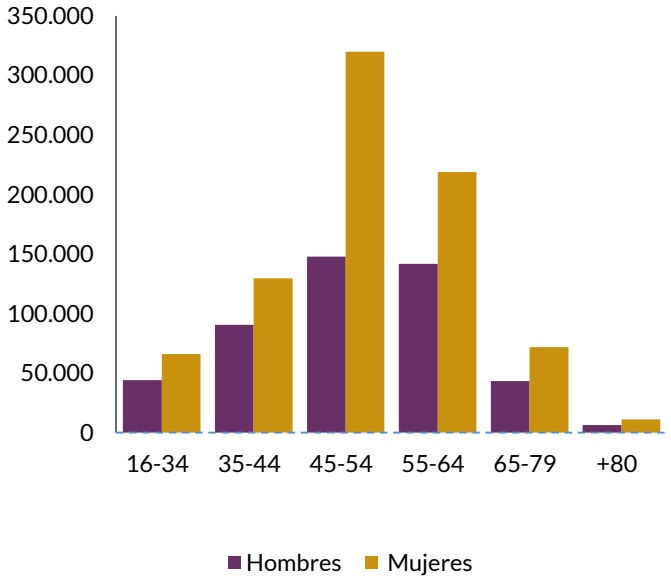
Fuente: INE (Encuesta de Condiciones de Vida 2016. Módulo de acceso a los servicios). Microdatos.

Gráfico 4.12. Perfil de los cuidadores de personas dependientes por sexo y edad en España. Total cuidadores. 2016 (personas)

A. Que cuidan solo a miembros del hogar



B. Que cuidan solo a personas que no son miembros del hogar



Fuente: INE (Encuesta de Condiciones de Vida 2016. Módulo de acceso a los servicios). Microdatos.

En España, casi un 69% de los cuidadores atienden a personas dependientes –cualquiera que sea el número de horas que dediquen a ello- que son miembros de su mismo hogar, un 29% a personas que no son miembros del hogar y solo un 2% cuida tanto a miembros del hogar como a personas que no lo son. El perfil del cuidador varía tanto en unos casos como en otros. Entre las personas que cuidan a dependientes que son miembros de su mismo hogar, destaca el papel de la mujer entre 55 y 79 años de edad (**gráfico 4.12, panel a**). A partir de los 80 años, el número de hombres cuidadores supera al de las mujeres, lo que refleja la importancia del cuidado de la pareja en la franja de edad en la que el estado de salud de la mujer es más frágil.

El cuidado de personas que no son miembros del hogar se asocia en gran medida con cuidadores que se dedican profesionalmente a ello, si bien incluye también a aquellos que cuidan a familiares dependientes que, por un motivo u otro, no residen en el mismo hogar. El perfil más frecuente del cuidador de personas dependientes que no son miembros del hogar es una mujer con edad comprendida entre los 45 y 54 años (**gráfico 4.12, panel b**). Por encima de esa franja de edad, el número de mujeres cuidadoras desciende.Las cifras de personas que cuidan a otras que no residen en su propio hogar ofrecen una primera aproximación a la dimensión que puede tener en la actualidad la actividad de cuidado de personas, a tiempo completo o parcial, en España fuera del propio hogar: entre un millón y millón y medio de personas. A este colectivo cabe añadir otro potencial no menos importante en el futuro, si se produce –como podría esperarse- una paulatina sustitución de los cuidados a miembros del hogar por cuidadores profesionales. Sin embargo, se trata un mercado de trabajo en gran medida no regularizado, y en ocasiones realizado por voluntarios. Un ejemplo de ello es, como se ha comentado anteriormente, la sustancial reducción del número de profesionales inscritos en la Seguridad Social tras el RD 615/2007 que en el caso de España pasó de los 173.000 en 2011 a los 24.000 en 2012.

Una de las razones para esperar que el avance hacia la profesionalización de los cuidados de dependientes se produzca es que cada vez hay menos hogares formados por miembros de distintas generaciones (los jóvenes se emancipan, emigran y residen en otras ciudades; los mayores tienen más autonomía y desean mayor independencia) y, entre los mayores, predomina la población que vive sola o en pareja y que necesita de cuidados[8]. Algunos estudios destacan dicho cambio en la estructura de los hogares como uno de los principales motivos del mayor papel de los hombres como cuidadores en edades avanzadas[9].

Según datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2017, la mayoría de la población de 65 y más años de la Comunitat Valenciana vive sola o en pareja (un 68,7% de la población entre 65 y 79 años, y un 65% de la población de 80 años y más) (**gráfico 4.13, panel a**). Entre los hombres de 65 y más años es más común la convivencia en pareja dentro del hogar, mientras que entre las mujeres de esa franja de edad el 30% vive sola, como consecuencia de tener mayor esperanza de vida que los hombres (**gráfico 4.13, panel b**).

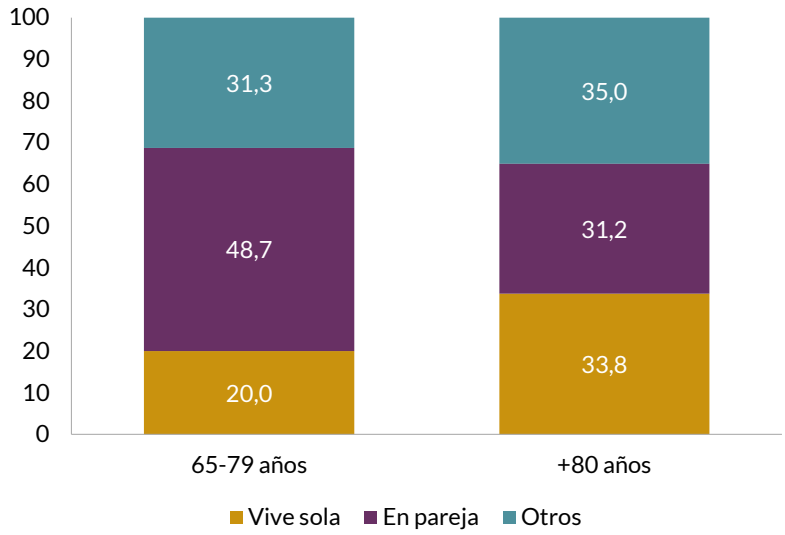
Aunque no se puede dejar de lado que el perfil de cuidador es el de una mujer de mediana edad y las consecuencias que ello implica sobre su inserción en el mercado laboral, no hay que olvidar la importancia cada vez mayor que tiene la pareja en el cuidado de personas dependientes en edades avanzadas. Apoyar y atender las necesidades de los cuidadores debe estar presente también en cualquier agenda política en esta materia, y no hacerlo puede acarear consecuencias sobre el bienestar y la desigualdad social.

[8] Según la Encuesta de Condiciones de Vida, en 2016 el 31% de los hogares españoles formados por personas de 65 y más años que viven solas o por dos personas en las que al menos una supera esa edad tiene necesidades de atención a la dependencia.

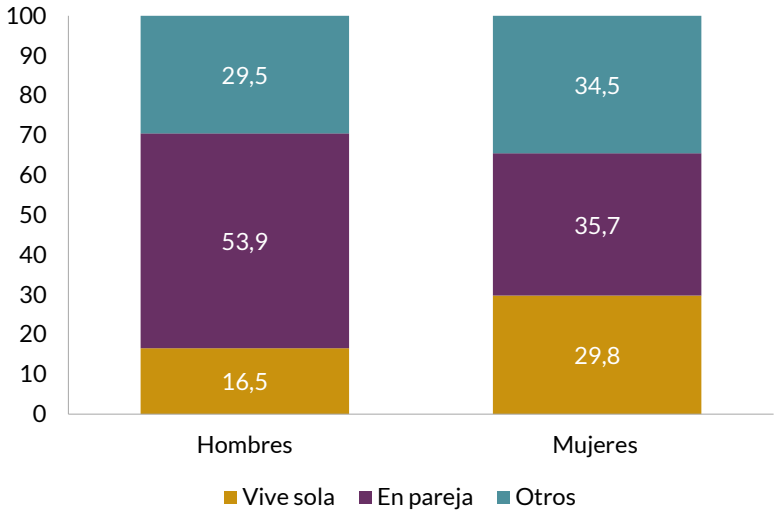
[9] Abellán, Ayala, Pérez, y Pujol (2018); Abellán, Ayala, Pérez, Pujol y Sundström (2018).

Gráfico 4.13. Población de 65 años o más en la Comunitat Valenciana por situación en el hogar[1]. 2017 (porcentaje sobre la población total residente de 65 y más años)

A. Por grupo de edad



B. Por sexo



[1] La categoría Otros incluye población que vive en pareja con hijos que conviven en el hogar, familias monoparentales con hijos que conviven en el hogar, personas que conviven con otros familiares o personas que no tienen relación de parentesco y otro tipo de hogares.

Fuente: INE (Encuesta Continua de Hogares). Microdatos.

5. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL GASTO LOS HOGARES

El envejecimiento de la población tiene repercusiones sobre el gasto público en sanidad y en atención a la dependencia pero también tiene efectos sobre la composición de los hogares y el gasto de las familias en estos servicios. La proporción de hogares con miembros de 65 y más años aumenta y también el número de hogares formados exclusivamente con personas de esa franja de edad o con personas de más de 80 años. Esos hogares en los que viven solo personas mayores dedican gran parte de su presupuesto al pago de la vivienda y gastos relacionados con ella, como el agua o la electricidad, pero el gasto en sanidad y dependencia también adquiere importancia con la edad -en todos los hogares, y en especial en los formados solo por mayores-, viéndose muy influido por las políticas públicas desplegadas para atender a ambos tipos de necesidades.

Estos cambios son especialmente relevantes en una sociedad en la que las personas viven cada vez más años y con mayor independencia de sus familiares y las políticas públicas deben tenerlos presentes. Las políticas sanitarias hace años que han asumido compromisos que son muy relevantes para el gasto en salud de los hogares, cuyas necesidades en este sentido se concentran en una gran proporción en las personas de mayor edad. En la última década se ha producido asimismo una importante ampliación de los compromisos públicos en materia de atención a las personas dependientes, realizando contribuciones que tienen una repercusión directa sobre lo que los hogares necesitan aportar.

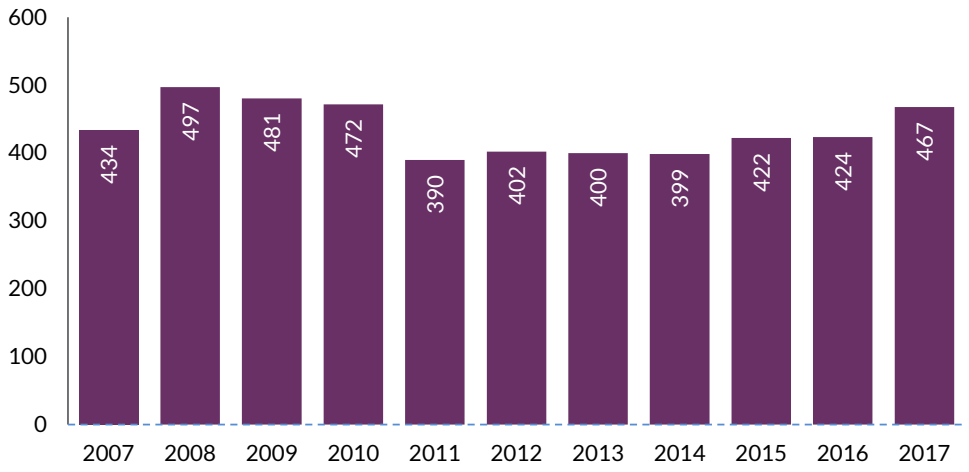
Un mayor o menor esfuerzo público en estos servicios puede tener consecuencia sobre la capacidad de los hogares para hacer frente al coste tanto en bienes y servicios sanitarios (medicamentos, prótesis, etc.) como en atender las necesidades de las personas en situación de dependencia. Pero las implicaciones de las políticas pueden existir también como consecuencia de las modalidades de intervención elegidas, al definir la forma en la que los hogares pueden acceder a los servicios públicos, participar en su gestión o prestación, o su financiación compartida. Para analizar todos estos problemas es relevante conocer la información sobre el gasto que realizan los hogares en estos ámbitos y ese es el objetivo de este apartado.

5.1 Gasto de los hogares en sanidad

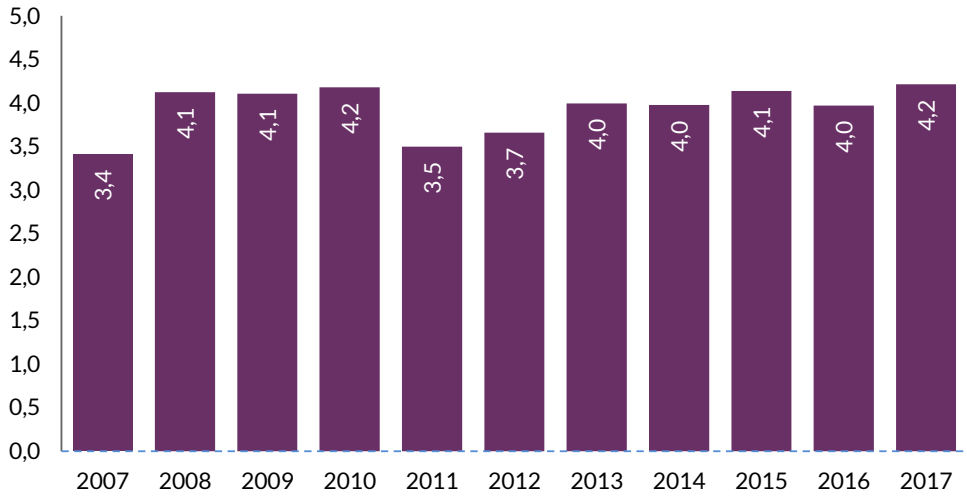
En la actualidad, los hogares de la Comunitat Valenciana gastan en servicios sanitarios unos 467 euros de media por persona (**gráfico 5.1, panel a**). La crisis económica se tradujo en una caída en el gasto que las familias hacían en productos y servicios sanitarios, si bien en los últimos años se ha producido una recuperación del mismo. Dada la elevada cobertura sanitaria que ofrece el sector público, el gasto en sanidad de los hogares representa alrededor de un 4% de su total de gasto, y ha presentado ligeras variaciones, especialmente en los años de crisis (**gráfico 5.1, panel b**).

Gráfico 5.1. Gasto en sanidad de los hogares de la Comunitat Valenciana[1]. 2007-2017

A. Por persona (euros de 2015)



B. Porcentaje sobre el total de gasto de los hogares



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

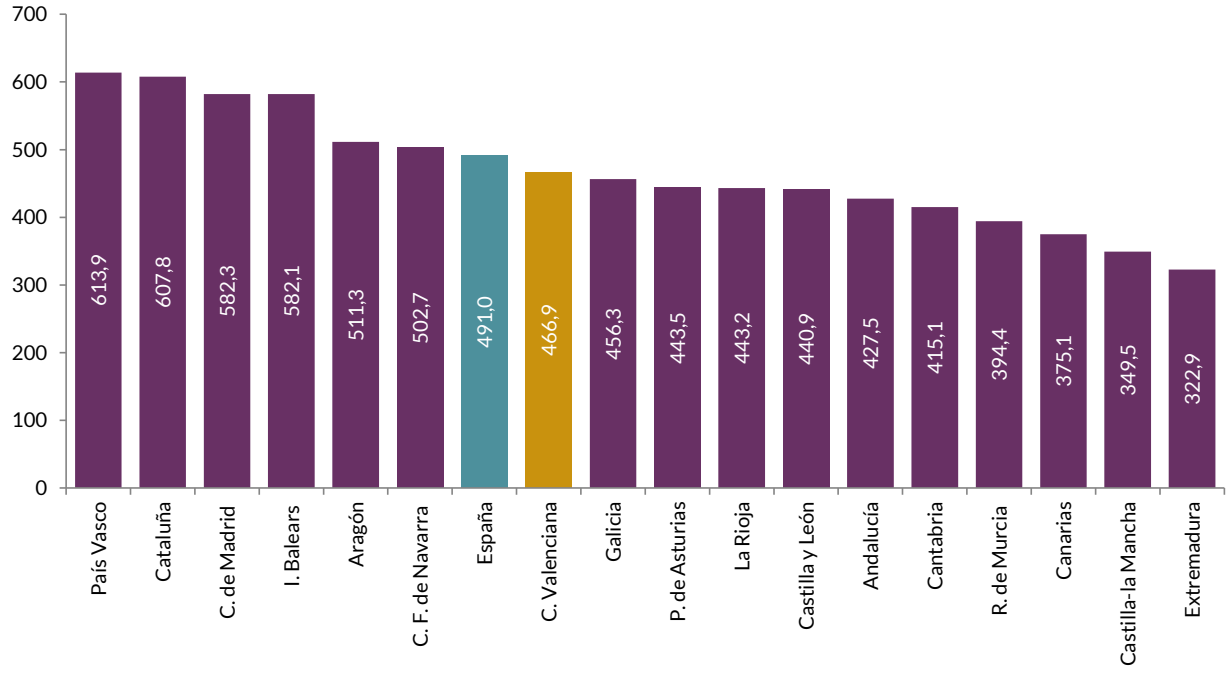
Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Existen diferencias entre comunidades autónomas tanto en el gasto de los hogares en servicios sanitarios por persona como en el esfuerzo que realizan medido como porcentaje de su gasto total. En 2017 los hogares de la Comunitat Valenciana gastaron 24 euros menos que la media española y 140 euros menos que País Vasco y Cataluña, dos regiones con un elevado nivel de renta (**gráfico 5.2**). La diferencia entre la comunidad cuyos hogares gastan más en salud (País Vasco) y la que menos (Extremadura) es de 291 euros por persona. En general, las diferencias entre regiones en gasto sanitario de los hogares son importantes y pueden deberse a los estados de salud de la población, las preferencias de los ciudadanos de cada comunidad por consumir servicios sanitarios privados (relacionadas con su capacidad de pago y el nivel de renta de la región) y también a la cobertura y la calidad del sistema sanitario público (listas de espera, etc.). El nivel de gasto sanitario por habitante de los hogares valencianos se encuentra próximo a la media nacional (95%).

El esfuerzo que hacen los hogares en sanidad (medido por el porcentaje de su gasto total que dedican a esta función) también difiere entre regiones (**gráfico 5.3**). El mayor esfuerzo en sanidad lo hacen los hogares de Cataluña, Illes Balears, Aragón, País Vasco y Madrid, regiones con elevados niveles de renta. La Comunitat Valenciana se sitúa en la media y hace un esfuerzo superior a regiones como Extremadura o Cantabria. Así pues, en términos generales se observa que los hogares de las regiones más ricas gastan más en sanidad, dedicando a esas necesidades un porcentaje mayor de su gasto total que las de menor nivel de renta que, por tanto, dependen más de los servicios públicos en el acceso a los servicios de salud.

El envejecimiento de la población no solo presiona al alza el gasto público en sanidad –un dato bien conocido y documentado en apartados anteriores- sino que también aumenta el gasto que realizan los hogares en bienes y servicios sanitarios (**gráfico 5.4, panel a**). El

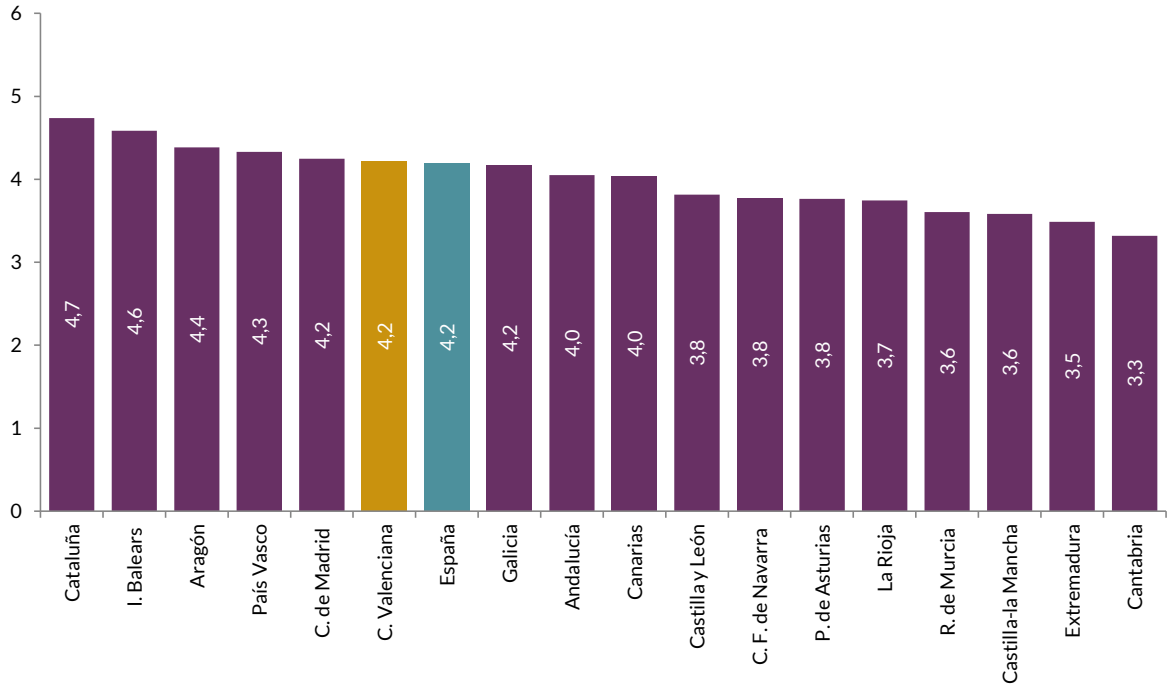
Gráfico 5.2. Gasto de los hogares en sanidad por persona por CC. AA[1]. 2017 (euros)



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Gráfico 5.3. Esfuerzo de los hogares en sanidad por CC. AA[1]. 2017 (porcentaje sobre el total de gasto de los hogares)



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

gasto en sanidad por persona de los hogares valencianos en los que ningún miembro supera la edad de 65 años es de 416 euros, lo que equivale a un gasto total de aproximadamente 1.500 millones de euros en este tipo de hogares (el gasto en salud de la Generalitat supera los 6.000 millones). En cambio, la cifra aumenta si en el hogar reside alguna persona mayor (607 euros por persona) y se duplica en el caso en el que todos los miembros del hogar superan esta franja de edad (816 euros por persona).

Lo mismo ocurre con el esfuerzo que realizan los hogares valencianos en servicios sanitarios (**gráfico 5.4, panel b**). En promedio, los hogares valencianos dedican un 4,2% de su presupuesto a bienes y servicios relacionados sanitarios. Sin embargo, este porcentaje es menor (3,9%) en los hogares en los que no reside ninguna persona mayor y, en cambio, los hogares en los que reside algún miembro de 65 años o más dedican casi un 5% de su presupuesto a gastos sanitarios, cifra que asciende al 5,6% cuando todos los miembros alcanzan o superan los 65 años.

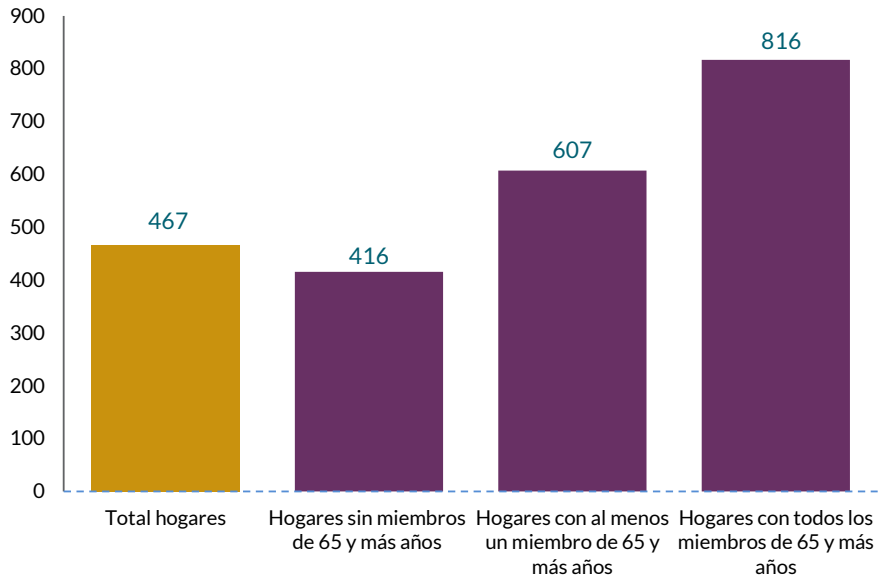
Composición del gasto sanitario de los hogares

Los hogares difieren no solo en la cuantía que gastan sino también en qué lo gastan: servicios médicos, productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, y seguros privados.

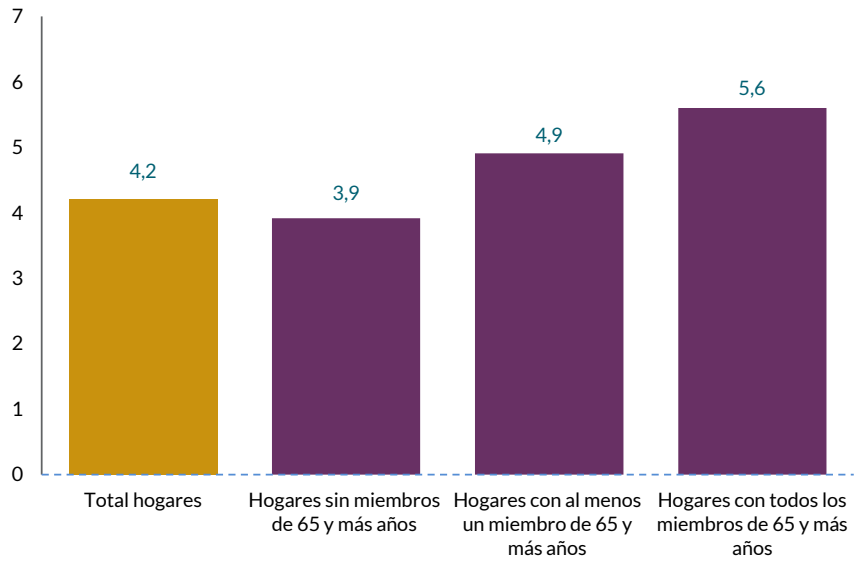
Las regiones con niveles de renta elevados (Madrid, País Vasco, Cataluña, Illes Balears), presentan una ma-

Gráfico 5.4. Gasto de los hogares en sanidad según tipo de hogar en la Comunitat Valenciana[1]. 2017

A. Por persona (euros)



B. Porcentaje sobre el total de gasto de los hogares.



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

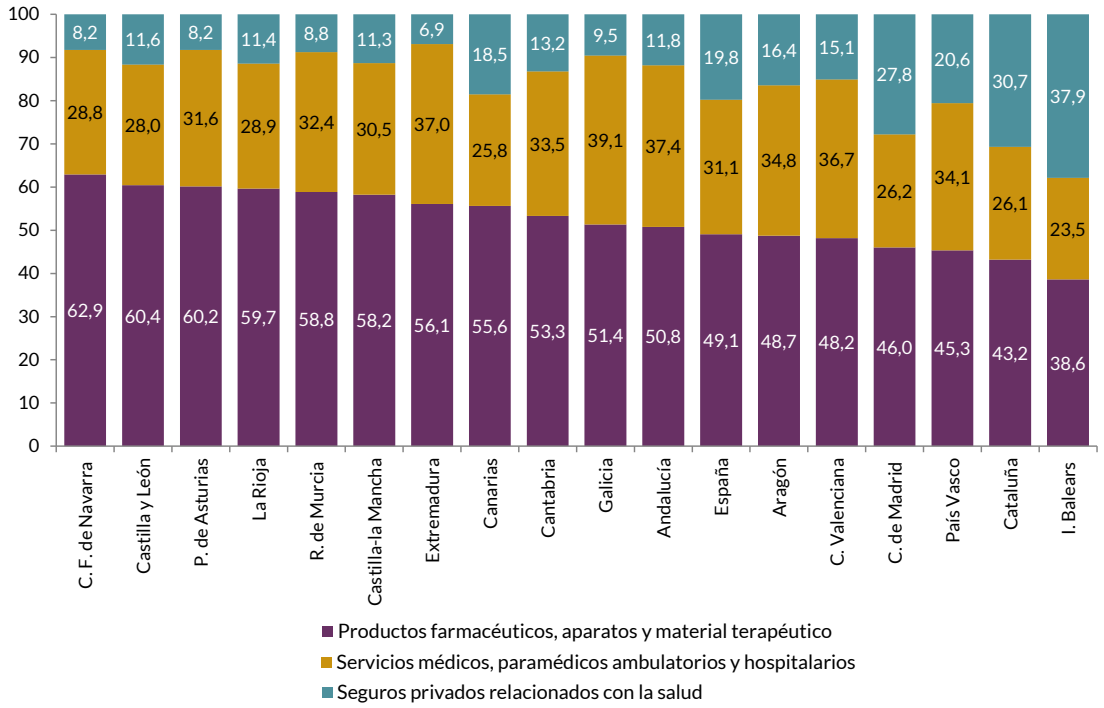
yor preferencia por los servicios de la sanidad privada pues el gasto en seguros privados relacionados con la salud representa más del 20% del total de gasto en sanidad llegando a superar el 30% en Cataluña e Illes Balears, regiones en las que, junto con Madrid, también aumenta mucho la importancia de los servicios médicos privados (**gráfico 5.5**). En realidad, estos dos tipos de gasto pueden ser sustitutivos entre sí, pues las familias que contratan seguros privados no pagan directamente (o pagan menos) por los servicios médicos privados porque ya han pagado el seguro. Por esta razón, tiene sentido contemplar también la suma de ambos tipos de gastos.

El gasto en servicios médicos, paramédicos ambulatorios y hospitalarios, pagado directamente o través de los seguros privados representa entre el 37% y el 61% del gasto de los hogares en sanidad, dependiendo de la comunidad. En términos per cápita, este gasto es mayor en comunidades ricas –Illes Balears, Cataluña, País Vasco y Madrid- situándose la Comunitat Valenciana a continuación de las mismas, ligeramente por debajo de la media, pese a su menor nivel de renta (**gráfico 5.6**).

El gasto en productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico representa una parte importante del gasto de las familias, si bien su nivel por habitante y su peso en el gasto sanitario difieren sustancialmente entre regiones. En comunidades como Navarra, Castilla y León o Asturias, este componente del gasto llega a superar el 60% del gasto en sanidad (**gráfico 5.5**), siendo éstas junto con Madrid y País Vasco las que mayor gasto por habitante realizan en estos productos (**gráfico 5.7**). En la Comunitat Valenciana, el gasto de las familias en productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico por habitante es de 225 euros, inferior a la media española pero por encima de regiones como Illes Balears, Cantabria, Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha y Extremadura Esto es consecuencia tanto de la estructura demográfica de la población –una población más envejecida consume más medicamentos- como de las políticas sanitarias que imperan en cada comunidad –copago farmacéutico, etc.-, pero también del peso que los gastos en servicios médicos y seguros privados representen sobre el total de gasto sanitario en los hogares de la región.

Como se ha comentado anteriormente, el tipo de gasto sanitario del hogar depende en gran medida de la estructura poblacional. En el total de hogares de la Comunitat Valenciana el gasto en productos farmacéuticos, aparatos y prótesis representa un 48,2% del gasto; el gasto en servicios ambulatorios, paramédicos y hospitalarios, el 36,7%; y el gasto en seguros médicos el 15,1%. Esta estructura cambia cuando se observan

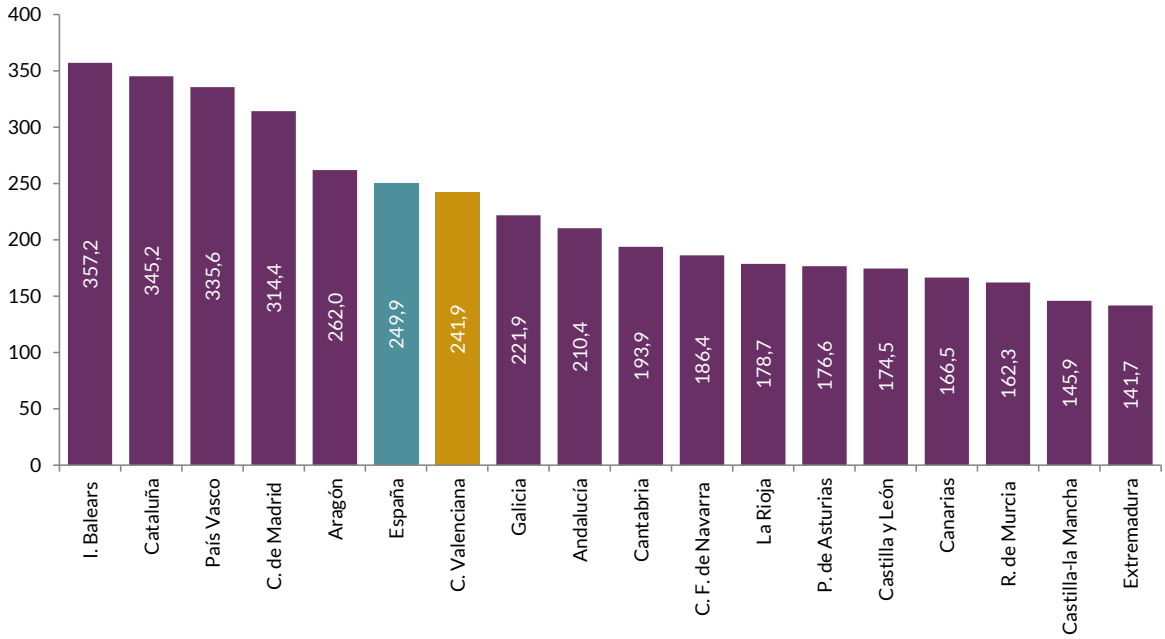
Gráfico 5.5. Gasto de los hogares en sanidad según tipo de gasto por CC. AA[1]. 2017 (distribución porcentual)



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

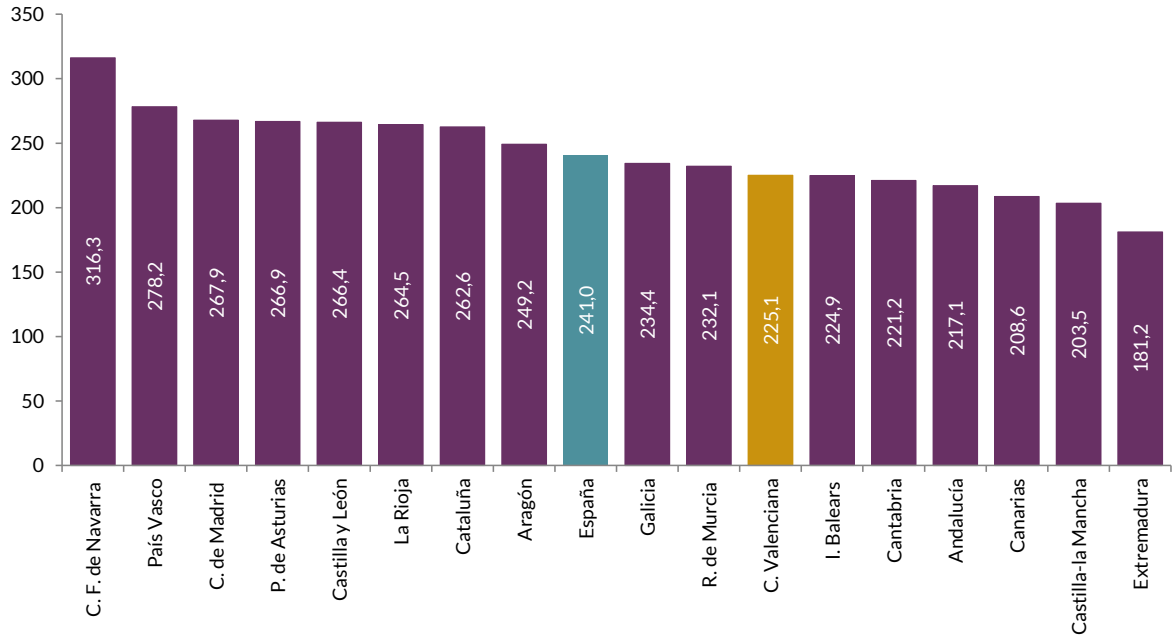
Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Gráfico 5.6. Gasto de los hogares en servicios médicos y seguros privados por persona por CC. AA. 2017 (euros)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Gráfico 5.7. Gasto de los hogares en productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico por persona por CC. AA. 2017 (euros)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

los hogares con o sin miembros de mayor edad (**gráfico 5.8**). En el segundo caso el gasto en farmacia pierde importancia frente al gasto en servicios ambulatorios, paramédicos y hospitalarios (dentistas, consultas privadas, etc.) y en seguros privados relacionados con la salud. En cambio, en los hogares en los que al menos un miembro tiene 65 años o más, el gasto en farmacia supera el 50% del gasto sanitario, reduciéndose el peso del gasto en servicios médicos en 10 puntos porcentuales y en seguros privados.

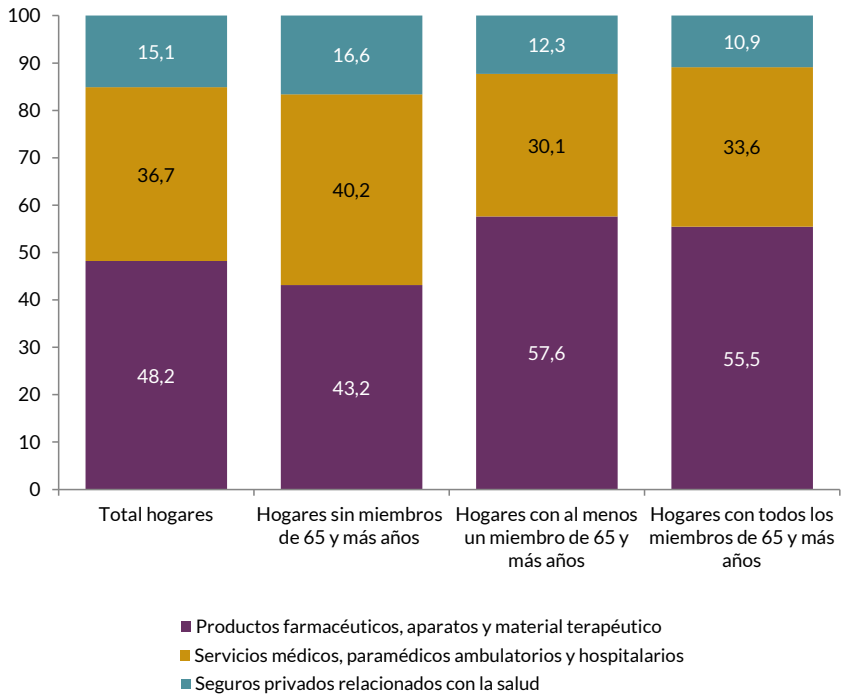
Si se desglosa el gasto de las familias valencianas con mayor detalle (**gráfico 5.9**), se observa que las familias dedican mayores recursos a productos farmacéuticos (83,7 euros por persona) y, sobre todo, a aparatos y materiales médicos (141,4 euros) como gafas, prótesis ortopédicas, audífonos, etc. que son bienes no cubiertos por lo general por el Sistema Nacional de Salud. Los hogares valencianos también dedican recursos significativos al pago de seguros privados relacionados con la salud (70,5 euros por persona), a servicios dentales (63,4 euros), servicios médicos ambulatorios (54,4 euros) y servicios paramédicos (39,4 euros), siendo de escasa importancia el gasto en servicios hospitalarios.

Por tipo de hogar, se observan también diferencias en el tipo de bien o servicio sanitario que adquieren las familias valencianas y la influencia en los gastos de la presencia de personas mayores en el hogar (**gráfico 5.10**). El gasto en farmacia, aparatos y material terapéutico es de 179,3 euros por persona en los hogares sin miembros de 65 y más años. Esta cifra casi se duplica en los hogares con al menos un miembro de 65 y más años (349,6 euros) y supera los 450 euros por persona en los hogares en los que todos los miembros han superado esa franja de edad. Lo mismo ocurre en el gasto en servicios médicos, paramédicos y hospitalarios y en los seguros privados, si bien las diferencias no son tan grandes (las familias con todos los miembros con 65 y más años gastan 274,4 y 89,1 euros por persona en cada uno de estos servicios, respectivamente, frente a los 167,2 y 69 euros de las familias que no tienen miembros en esa franja de edad).

Gasto de los hogares vs gasto público en salud

Una vez se ha comprobado el impacto del envejecimiento sobre el gasto de los hogares en sanidad y la existencia de diferencias regionales en los niveles de gasto de las familias, es conveniente analizar si estas diferencias entre comunidades vienen determinadas por el mayor o menor esfuerzo del sector público en servicios sanitarios.

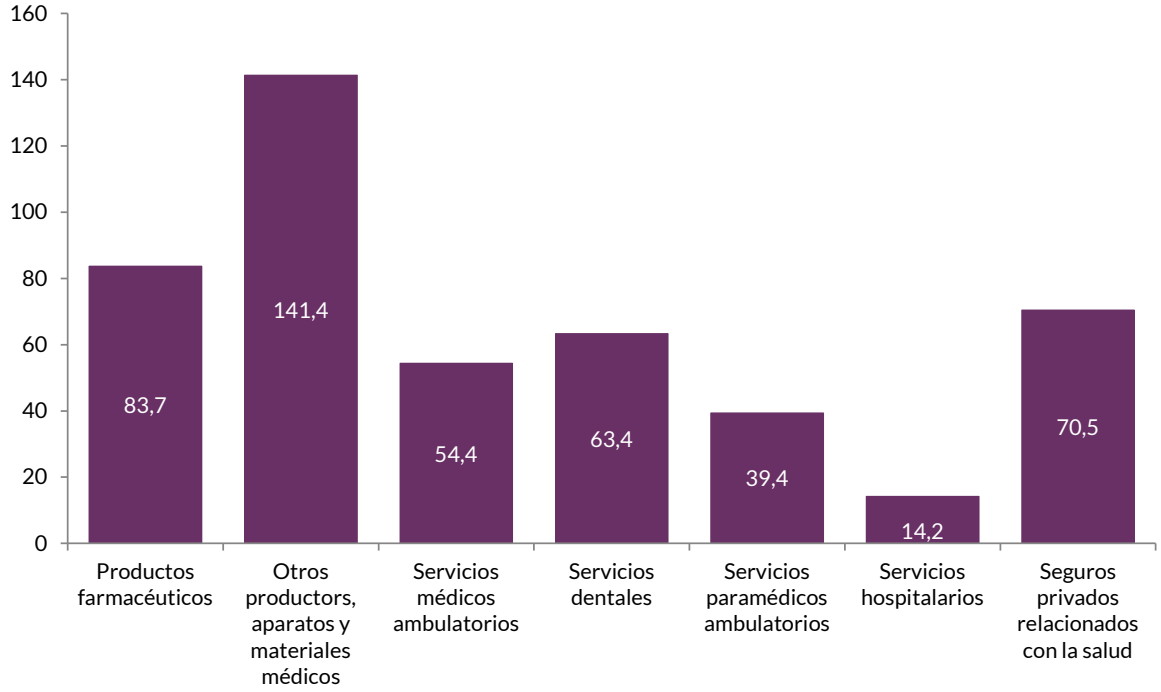
Gráfico 5.8. Gasto de los hogares en sanidad según tipo de gasto y tipo de hogar[1] en la Comunitat Valenciana. 2017 (distribución porcentual)



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

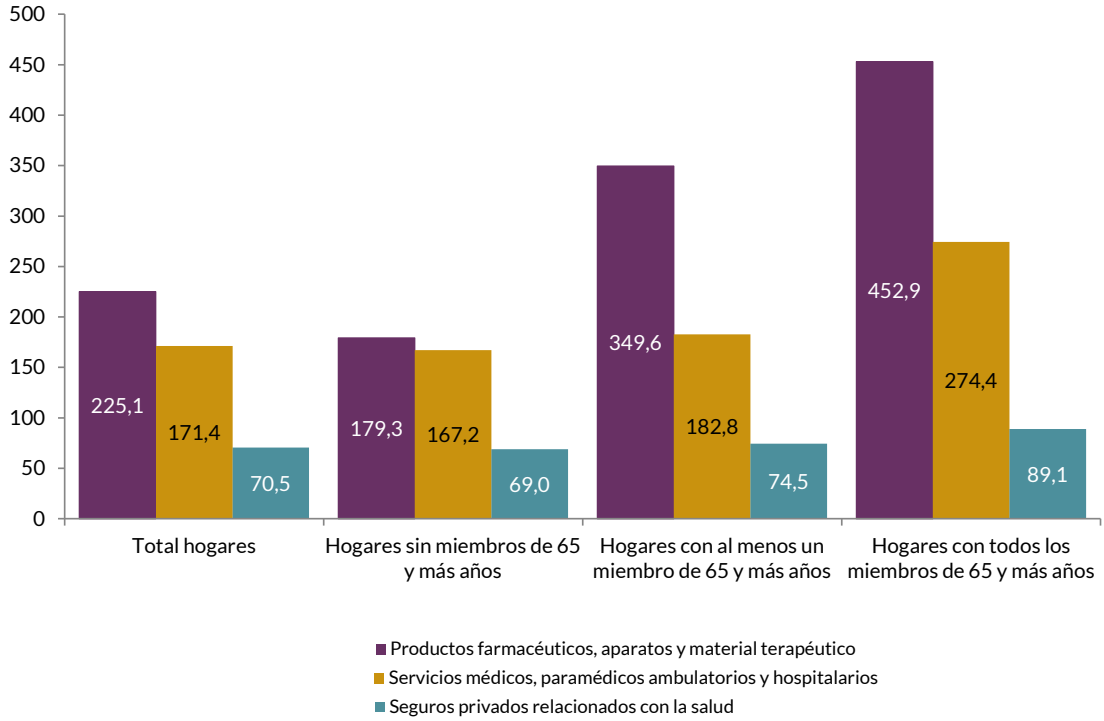
Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Gráfico 5.9. Gasto de los hogares en sanidad por persona según tipo de gasto en la Comunitat Valenciana. 2017 (euros)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

Gráfico 5.10. Gasto de los hogares en sanidad por persona según tipo de gasto y tipo de hogar en la Comunitat Valenciana. 2017 (euros)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

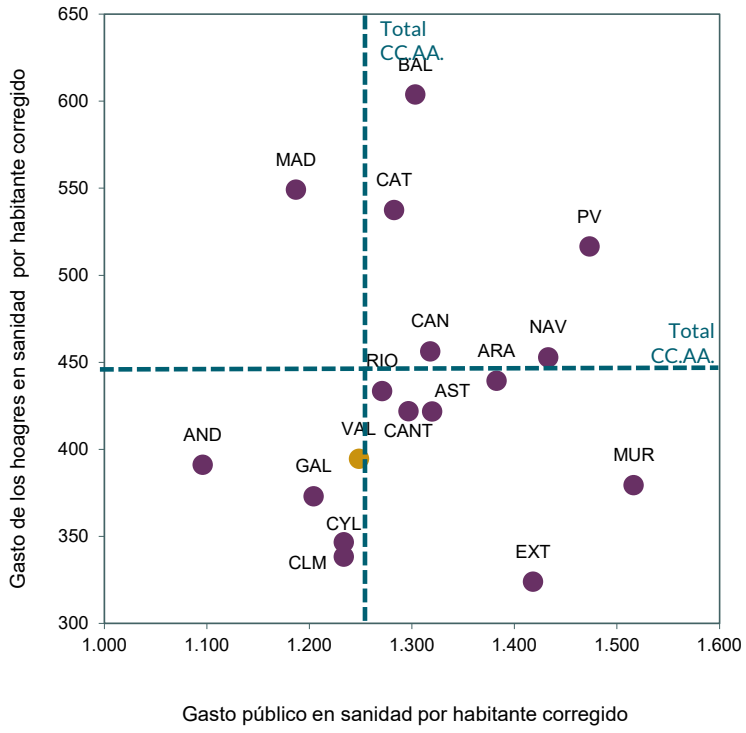
Con la finalidad de homogeneizar las comparaciones y corregir la influencia sobre el gasto realizado del mayor o menor envejecimiento de la comunidad, se calcula una población ponderada por grupos de edad, de forma que aquellos grupos que por sus mayores necesidades de atención sanitaria presionan al alza el gasto tienen un mayor peso que el resto.

A la vista de los datos disponibles no parece existir ninguna relación definida entre el gasto de los hogares y el gasto público en sanidad por habitante corregido (**gráfico 5.11**). Los hogares de las regiones con elevados niveles de renta (Madrid, Cataluña, Illes Balears y País Vasco) gastan más en sanidad, en presencia de niveles de gasto público sanitario muy diferentes. Lo mismo ocurre con las regiones pobres (Extremadura, Andalucía, Murcia y Castilla-La Mancha). No existe una relación clara entre las comunidades y, por tanto, el sector público no parece actuar como elemento compensador en aquellas comunidades cuyo gasto privado es menor.

Es interesante observar que las regiones se parecen poco entre sí en sus niveles de gasto público por habitante y también en sus niveles de gasto privado, encontrándose todo tipo de combinaciones en las posiciones de las comunidades por encima o por debajo de la media. Algunas están por encima y otras por debajo en ambos tipos de gasto –sugiriendo complementariedad- y otras por encima en uno y por debajo en el otro –apuntando sustituibilidad-. La Comunitat Valenciana se sitúa en la media en gasto público y por debajo de la media en gastos de los hogares por habitante corregido.

El nivel de renta de la región parece explicar en gran medida las diferencias de gasto de los hogares en sanidad entre comunidades (**gráfico 5.12**). Aquellas con mayores niveles de renta tienden a pagar mayores seguros privados y a acudir en mayor medida a consultas médicas privadas. Sin embargo, pueden haber otros factores además de la renta que pueden influir en el nivel de gasto de los hogares en sanidad como las preferencias de las familias, los hábitos de vida y el estado de salud, la calidad de los servicios públicos sanitarios, la eficiencia en la gestión pública (listas de espera), etc.

Gráfico 5.11. Gasto público y gasto de los hogares en sanidad por habitante corregido[1,2]. 2016



[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

[2] La población corregida es la población residente ponderada por grupo de edad, de forma que se otorga mayor peso a aquellos grupos de edad con mayores necesidades de atención sanitaria.

Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares, Cifras de población), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Estadística de Gasto Sanitario Público) y elaboración propia.

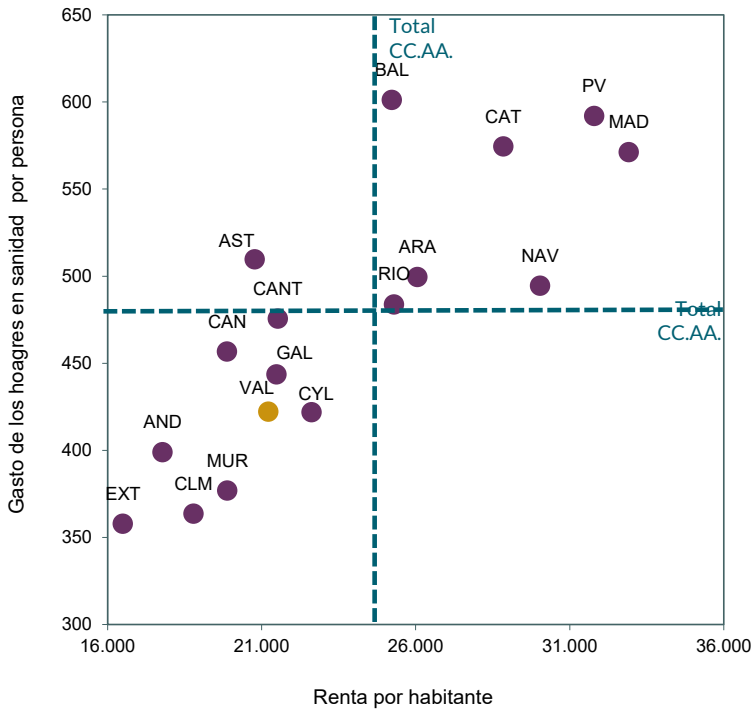
5.2 Gasto de los hogares en dependencia

El gasto de los hogares en atención a la dependencia es menor que el gasto en sanidad y en parte ello se debe a que los servicios que la dependencia reclama son en gran medida atendidos no por profesionales sino por familiares, que no cobran por ello y no generan gasto. Así pues, en este sentido la valoración que ofrecen las estadísticas de gasto de las familias captan peor el coste que supone la atención a la dependencia que los servicios sanitarios financiados por las familias. Además, los servicios del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) ofrece prestaciones y servicios de forma gratuita a las personas reconocidas como dependientes y que no exigen un coste a las familias –como también sucede con los servicios gratuitos de la sanidad pública- de modo que no todos los hogares en los que existen personas dependientes gastan en servicios de este tipo.

Debido a lo anterior, la Encuesta de Presupuestos Familiares no presenta muestra suficiente de hogares que realizan gastos en atención a la dependencia a nivel de comunidad autónoma. Para aproximarse al menos a la importancia que esos gastos tienen en los hogares que sí los realizan, los resultados a nivel nacional permiten dar una imagen del efecto que el envejecimiento puede tener sobre los presupuestos de las familias.

En 2017, el gasto medio de los hogares en servicios de atención a la dependencia en España era de 21,2 euros por persona, lo que representa un 0,2% del gasto total de las familias y un 5% del gasto por persona en sanidad (**gráfico 5.13**). El gasto per cápita aumenta considerablemente si consideramos únicamente los hogares que tienen algún miembro de 65 años o más (56,9 euros por persona) y se cuadruplica si consideramos los hogares formados únicamente por miembros que superan esa franja de edad (84,7 euros por persona). Del mismo modo, el esfuerzo que realizan los hogares en dependencia, pese a ser reducido, aumenta si consideramos estos hogares, pues pasa a ser del 0,4% en el primer caso (el doble de la media y cuatro veces más que en los hogares en los que no hay miembros de más de 65 años) y el 0,6% en el segundo caso (el triple que la media y 6 veces más que en los hogares sin mayores).

Gráfico 5.12. Gasto de los hogares en sanidad por persona[1] y PIB por habitante. 2016

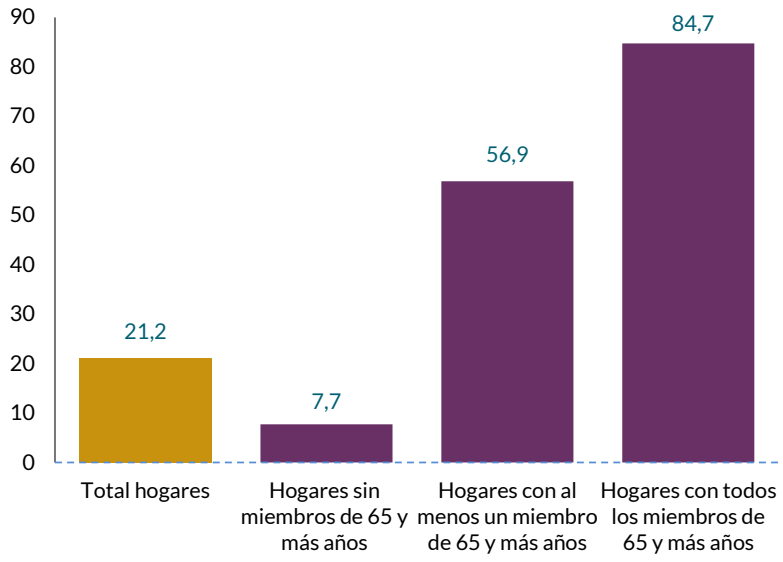


[1] En el gasto de los hogares en sanidad se ha incluido el gasto en seguros privados relacionados con la salud.

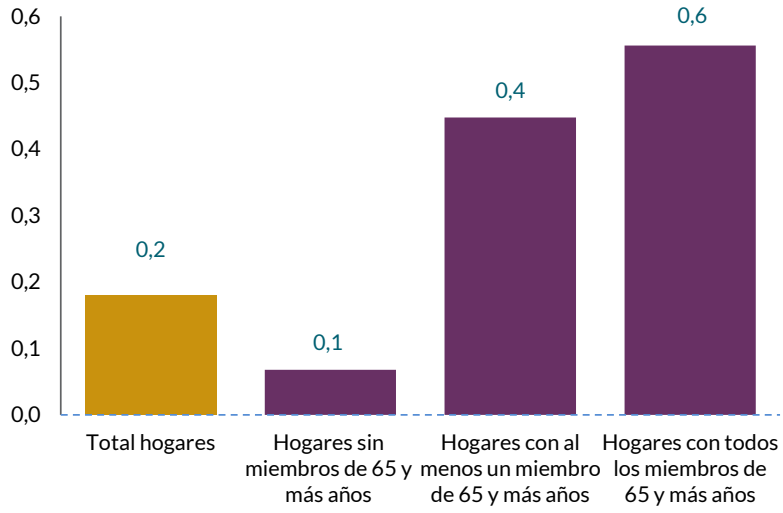
Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares, Cifras de población, Contabilidad Regional) y elaboración propia.

Gráfico 5.13. Gasto de los hogares en dependencia según tipo de hogar en España. 2017

A. Por persona (euros)



B. Porcentaje sobre el total de gasto de los hogares



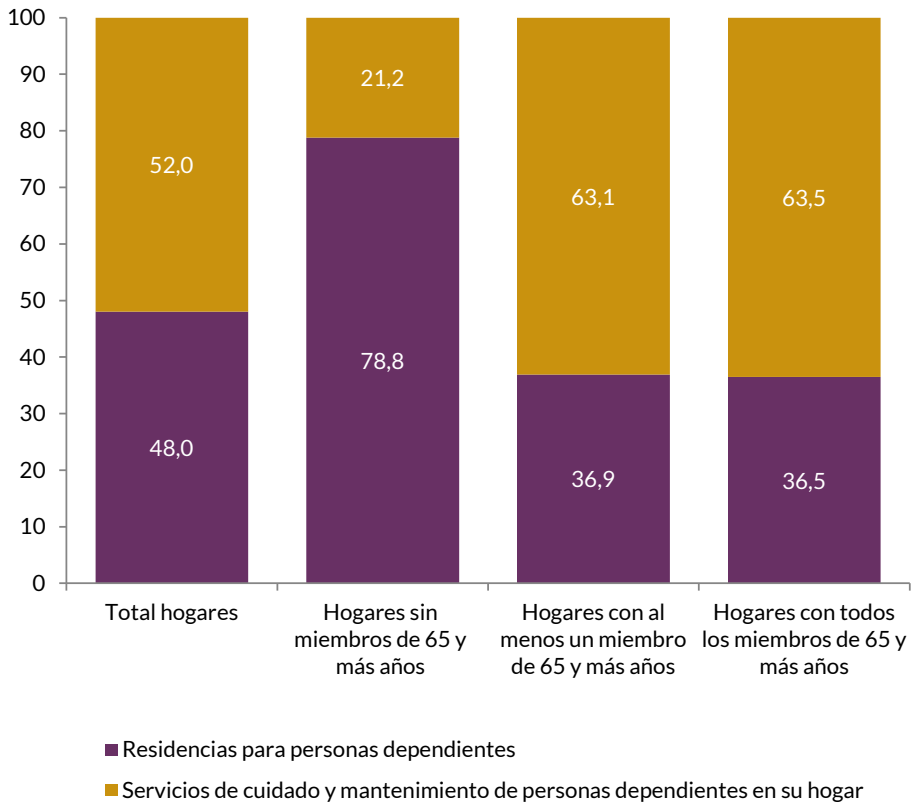
Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos

Las diferencias entre los distintos tipos de hogares considerados no solo afectan a la cuantía de gasto y al esfuerzo sino también a la composición del mismo (**gráfico 5.14**). Los hogares que no tienen miembros de 65 años o más dedican un 21,2% de su gasto en dependencia a servicios de cuidado y mantenimiento de personas dependientes en su hogar –recuérdese que también hay dependientes que no son mayores-, pero la mayor parte de su gasto (el 78,8% restante) se destina al pago de residencias para personas dependientes que no viven en su hogar. En cambio, los hogares con miembros de edad de 65 y más años, dedican más de un 63% al cuidado y mantenimiento de las personas dependientes que viven en su hogar y solo un 36-37% al pago de residencias.

Estas diferencias se deben a que en los hogares sin personas mayores hay menor probabilidad de que haya personas dependientes que vivan en el hogar y, por tanto, el gasto en servicios de atención a la dependencia se destina en gran medida a financiar el pago de residencias a familiares de edad avanzada que no residen en el hogar.

En términos monetarios, se observa que tanto el gasto en servicios de cuidado y mantenimiento de personas dependientes como en residencias para personas dependientes aumenta con el grado de envejecimiento de los hogares (**gráfico 5.15**). Los hogares españoles sin miembros mayores de 65 años, gastan 6,1 euros por persona en el pago de residencias y solo 1,6 euros en servicios de cuidado y mantenimiento a dependientes. El gasto en estas partidas aumenta mucho en los hogares que tienen personas mayores en el hogar. Los hogares con al menos una persona mayor gastan 21 euros por persona en residencias y 35,9 euros por persona en el cuidado y mantenimiento de personas dependientes en el hogar. Estas cifras son mayores si se considera solo los hogares formados únicamente por personas mayores

Gráfico 5.14. Gasto de los hogares en dependencia según tipo de gasto y tipo de hogar en España. 2017 (distribución porcentual)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos

donde el gasto aumenta hasta alcanzar los 31 euros por persona en el primer caso y los 53,8 en el segundo.

Impacto del SAAD en los hogares

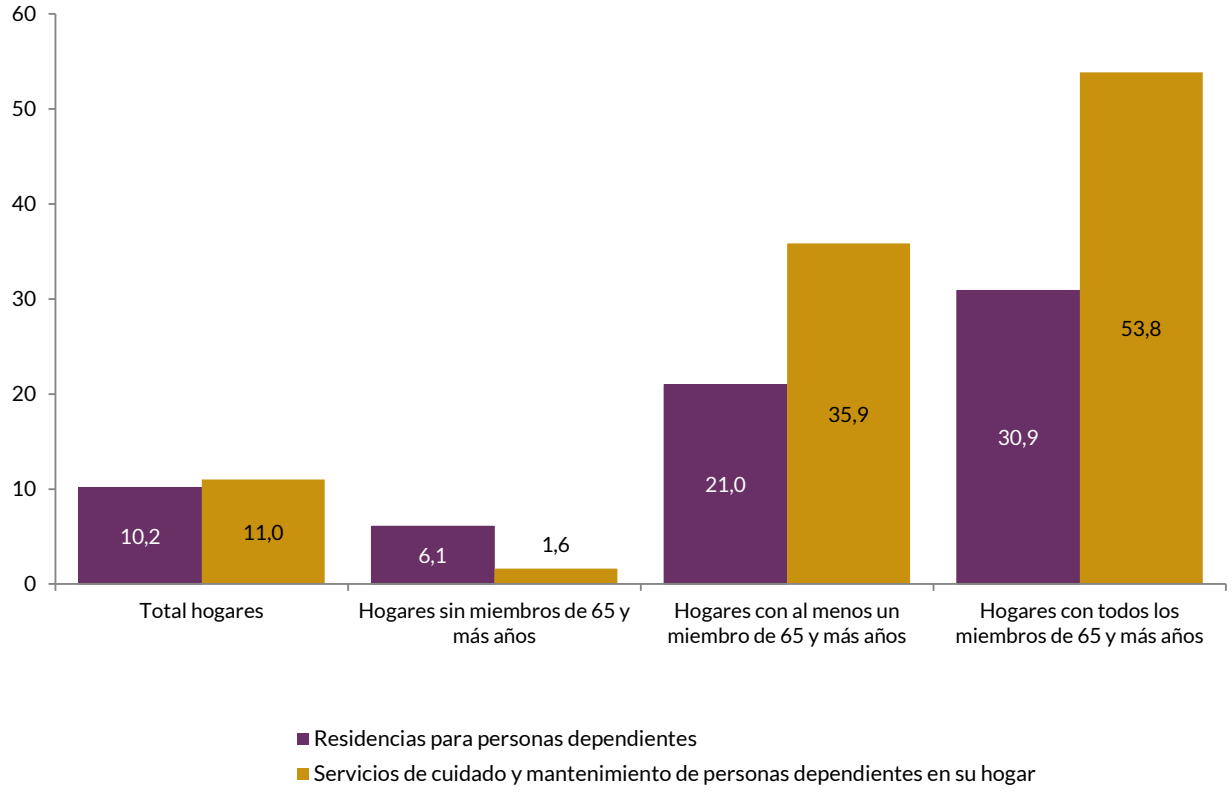
Desde el punto de vista de las políticas públicas resulta relevante destacar el impacto que el envejecimiento tiene sobre el gasto de las familias en servicios de atención a la dependencia, además de los efectos indirectos ya mencionados y no recogidos en los datos de gasto, referidos a la necesidad de dedicación de miembros de la familia –que viven en el mismo hogar o en otro- al cuidado de los dependientes.

En este sentido, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ofrece servicios muy relevantes para las condiciones en las que se desarrolla en las familias la atención a la dependencia (teleasistencia, ayudas a domicilio, centros de día/noche o servicios de atención residencial), y también para el gasto que las mismas realizan, como las prestaciones económicas vinculadas al servicio[10], para cuidados del entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales o de asistencia personal. Lamentablemente, la información disponible no permite afinar el análisis de en qué medida ambos tipos de recursos, públicos y privados, son complementarios o sustitutivos y las mejoras del SAAD redundan en ahorros privados o en aumentos en la calidad de los cuidados.

En todo caso, en la actualidad hay personas dependientes que siguen quedando fuera del sistema o para las que las ayudas siguen siendo insuficientes para cubrir

10 La prestación económica vinculada al servicio se reconoce cuando el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado no es posible.

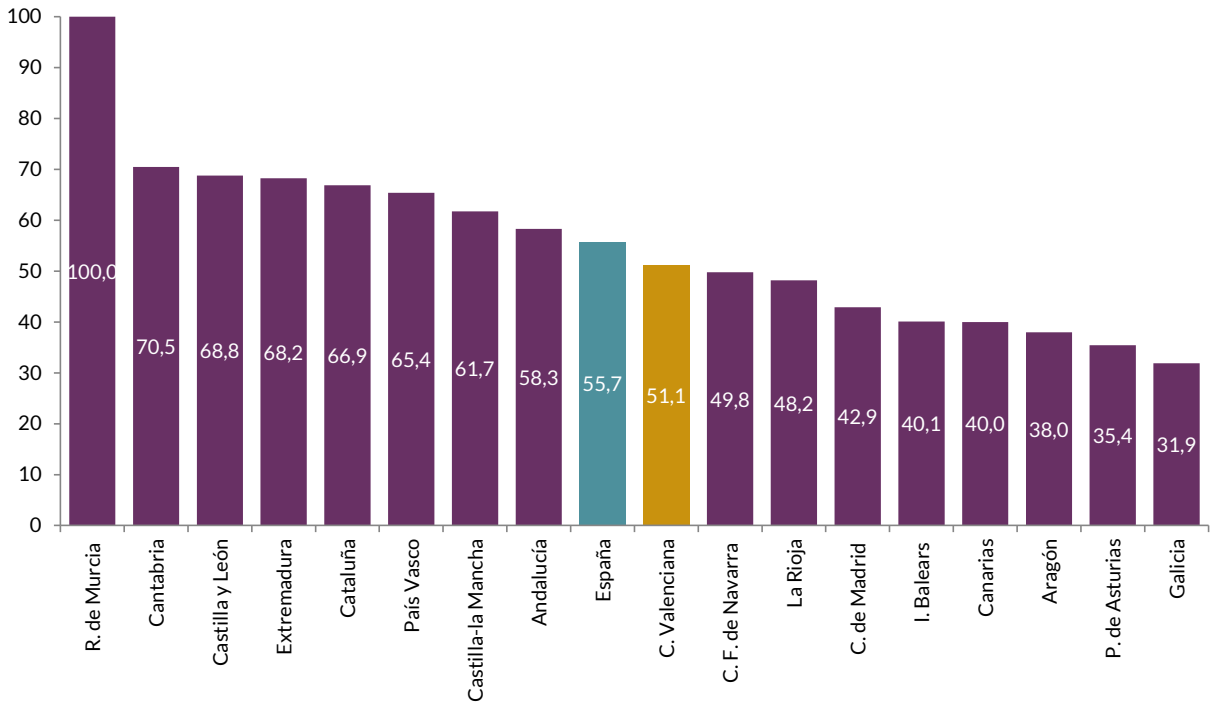
Gráfico 5.15. Gasto de los hogares en dependencia por persona según tipo de gasto y tipo de hogar en España. 2017 (euros)



Fuente: INE (Encuesta de Presupuestos Familiares). Microdatos.

el coste total de atender a un familiar en situación de dependencia. Un ejemplo de ello es la atención residencial. En 2017 solamente el 15% de las prestaciones que concede el SAAD en la Comunitat Valenciana son de atención residencial y el 9% de atención en centros de día/noche, siendo éstas las prestaciones que mayor coste suponen en el sistema, de acuerdo con el Informe elaborado por la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de la Dependencia nombrado por el Ministerio de Hacienda. Además, del total de 27.162 plazas (cubiertas y no cubiertas) en centros residenciales de la Comunitat, únicamente el 51,1% son plazas financiadas con fondos públicos -un porcentaje por debajo del de comunidades como Murcia, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Cataluña, País Vasco y Castilla-La Mancha-, lo que limita a muchas familias que no reciben ayuda poder acceder a este tipo de servicios (**gráfico 5.16**).

Gráfico 5.16. Plazas en centros residenciales con financiación pública de las CC. AA[1]. 2015 (porcentaje sobre el total de plazas disponibles)



[1] El dato de Murcia puede estar influido por la falta de información sobre la financiación de las residencias.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales) y elaboración propia.

6. CONCLUSIONES Y PRINCIPALES RETOS

1. La creciente longevidad de la población valenciana es el resultado natural del aumento de la esperanza de vida, habiéndose producido los avances más importantes de las últimas décadas en este sentido entre las personas de más de 65 años. Se trata de mejoras que sin duda constituyen uno de los principales logros del progreso alcanzado por la sociedad valenciana a lo largo del último siglo. Por consiguiente, con independencia de las consecuencias y los retos económicos que lleva aparejados debe ser valorada como un hecho muy positivo.

2. Las mejoras en el bienestar asociadas al envejecimiento son mayores incluso de lo que indica el aumento de la esperanza de vida por dos razones:

a. No solamente vivimos más años sino que durante muchos de los años adicionales disfrutamos de mayor calidad de vida que antaño.

b. Las mejoras en la esperanza y calidad de vida se distribuyen entre la población con relativa independencia de su nivel de ingresos y el envejecimiento se ha convertido en un espacio social con perfiles más igualitarios que otros, gracias a la fuerte presencia del sector público en los servicios sanitarios y de atención a la dependencia.

3. El avance de la longevidad tiene y va a seguir teniendo impacto sobre la demanda de servicios sanitarios y de dependencia por causas estrictamente demográficas. Esas demandas exigirán mayor gasto en esos servicios, salvo que existan factores que compensen dicha presión. El aumento del esfuerzo financiero para responder a la misma repercutirá tanto sobre los presupuestos de los hogares como de las administraciones, pero fundamentalmente sobre estos últimos porque el sector público ha asumido claras responsabilidades en este ámbito.

4. Debido a los importantes compromisos adquiridos por el sector público con los ciudadanos en estas materias como piezas centrales del Estado de bienestar actual, no atender las demandas de servicios sanitarios y de dependencia de las personas mayores sería percibido como un incumplimiento del pacto social entre las instituciones y la ciudadanía. Por esa razón, es imprescindible contemplar anticipadamente los riesgos a los que se puede enfrentar la sostenibilidad de los compromisos adquiridos en estas materias y la probabilidad de que ocurran en distintos escenarios, anticipando con prudencia las condiciones financieras que se deben cumplir para evitar esos riesgos.

5. La garantía de sostenibilidad de los servicios sanitarios y de dependencia requiere realizar de manera continuada las siguientes actuaciones:

a. Evaluar la trayectoria tendencial del gasto en sanidad y dependencia.

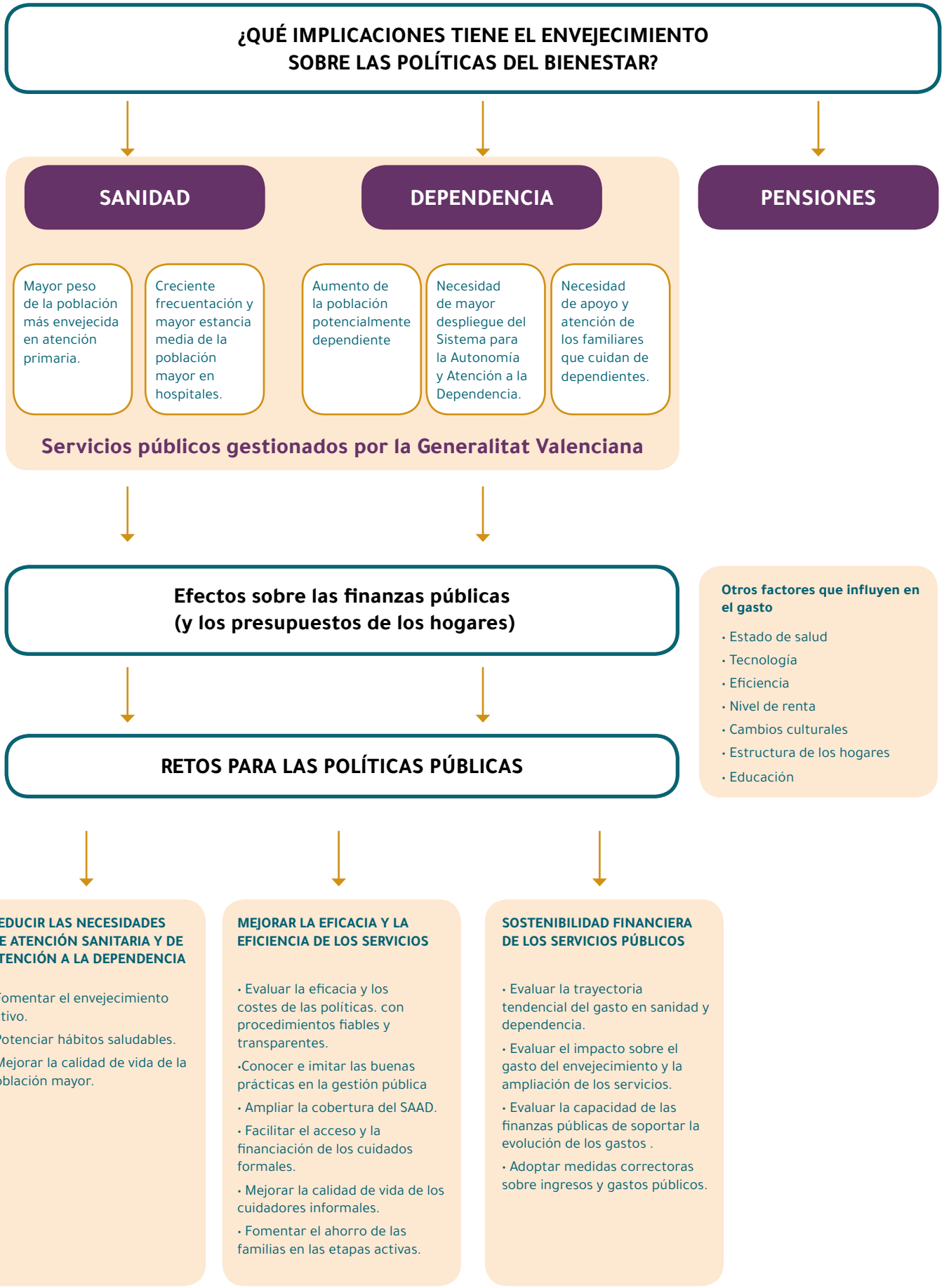
b. Evaluar el impacto sobre el gasto del envejecimiento y la ampliación de los servicios.

c. Evaluar la capacidad de las finanzas públicas de soportar la evolución de los gastos.

d. Adoptar medidas correctoras sobre ingresos y gastos públicos.

6. Los ejercicios de prospectiva realizados por la Comisión Europea para el total de España indican que el impacto del envejecimiento sobre el crecimiento del gasto

Esquema 6.1. Retos del envejecimiento en la Comunitat Valenciana



público en sanidad hasta 2030 podría ser, en el escenario base, del 0,5% del PIB. En dependencia, el impacto sobre el crecimiento del gasto se prevé ligeramente menor hasta 2030 (0,3% del PIB) pero mayor en un horizonte más largo del tiempo (del 1,1% hasta 2070). Asumiendo el mismo patrón de envejecimiento que la media española, el impacto del cambio demográfico en la Comunitat Valenciana será similar o incluso mayor que el español, sobre todo si se corrigen las diferencias de gasto en sanidad y se aproximan las tasas de cobertura en dependencia a las de otras regiones.

7. Las previsiones demográficas indican que el envejecimiento va a requerir un esfuerzo cada vez mayor de los presupuestos públicos, pero a los impactos del cambio demográfico pueden sumarse los de otros factores que, probablemente, presionen adicionalmente sobre el gasto, como los incrementos de costes asociados al avance de las tecnologías médicas y de asistencia a las personas dependientes. Ese conjunto de circunstancias plantean la necesidad de evaluar regularmente la sostenibilidad financiera de dichos gastos y de identificar vías para mantenerlos bajo control, sin renunciar a la mejora de los servicios.

8. Las iniciativas que los estudios internacionales y la experiencia comparada identifican como políticas que ofrecen alternativas para conseguir esos objetivos son, fundamentalmente, de dos tipos:

a. Actuaciones que reduzcan las necesidades de recibir atención, mediante la mejora del estado de salud de las personas mayores.

b. Actuaciones que mejoren la eficacia y la eficiencia de los servicios de atención sanitaria y a la dependencia.

9. En relación con la primera de las alternativas, los datos indican que las necesidades de servicios sanitarios de las personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 79 años se pueden reducir si los estados de salud mejoran. Puede lograrse gracias a la influencia positiva de la educación sobre los estilos de vida saludables. En esta dirección se pueden y deben desarrollar iniciativas que fomenten el envejecimiento activo, desarrollen hábitos saludables, mejoren la calidad de vida de la población mayor y, como consecuencia de todo ello, reduzcan las necesidades de recibir atención.

10. En relación con las mejoras de la eficacia y la eficiencia en la gestión de los recursos, las líneas de actuación posibles son numerosas:

a. Evaluar la eficacia de las políticas de manera rigurosa, para conocer los resultados reales de las terapias mediante procedimientos fiables e indicadores transparentes, siguiendo los criterios de los profesionales acreditados.

b. Evaluar los costes de las políticas, generando información adecuada sobre los componentes y determinantes de dichos costes (dotaciones de personal, salarios, productividad, contratación pública, etc.), realizando comparaciones con experiencias similares con regularidad y rigor para imitar las mejores prácticas, y utilizando esos materiales para mejorar la gestión sanitaria y de atención a la dependencia.

11. Las políticas asociadas a la dependencia están todavía en una fase de menor desarrollo que otras como la sanidad o la educación y, por esa razón, en la próxima década presionarán sobre las exigencias financieras de las mismas varios factores a la vez: el proceso de completar la cobertura de los derechos ya reconocidos por el SAAD; el incremento que el envejecimiento de la población puede tener sobre la población potencialmente dependiente; y la presión al alza que supone la tendencia a pasar de un sistema de cuidados más informales (familiares) a formales (profesionales), dado que el segundo requiere gasto, público o privado, mientras el primero se basa en transferencias en especie, casi siempre privadas y gratuitas.

12. Los cuidados informales tienen un peso importante en el conjunto de los cuidados a personas dependientes, pero van acompañados con frecuencia de consecuencias graves para las trayectorias laborales y calidad de vida de los cuidadores. Para paliar los inconvenientes de esas consecuencias, las políticas deben ir también enfocadas a mejorar la calidad de vida de estos cuidadores en varios sentidos:

a. Desde la perspectiva de género, llevar a cabo iniciativas que promuevan la igualdad entre hombres y mujeres en el cuidado de familiares.

b. Mejorar el acceso a los cuidados formales de forma que permita a los cuidadores evitar la decisión de abandonar el mercado de trabajo por no disponer de recursos suficientes para conciliar el cuidado de familiares dependientes con la actividad laboral.

c. Dado el creciente papel del cuidado por parte de la pareja en edades avanzadas, procurar que la calidad de vida de estas personas no se vea mermada por la atención a un dependiente, facilitando en ese sentido la accesibilidad a los servicios públicos y a los cuidados formales.

d. Garantizar y facilitar el acceso a las ayudas por dependencia a toda la población y lograr unas tasas de cobertura adecuadas del SAAD.

13. Es muy probable que los cambios en la estructura por edades de los hogares que venimos observando incrementen la demanda de cuidados formales de las personas en situación de dependencia, al reducirse la capacidad de atender a los dependientes por parte de las personas que conviven en hogares formados por ancianos. Esto planteará un problema cada vez mayor de accesibilidad y financiación de los cuidados ofrecidos por profesionales, tanto a los hogares como al sector público, requiriendo una ampliación de la oferta pública o privada de los mismos.

14. Para dar respuesta a ese reto es necesario que la sociedad tome conciencia de que las necesidades asociadas a la existencia de un número mayor de personas en situaciones de dependencia exigen de la sociedad en su conjunto más ahorro en las etapas activas. Ese mayor ahorro ha de ser aportado en última instancia por los hogares, sea de manera voluntaria o como contribuyentes, pero es una consecuencia inevitable del proceso de envejecimiento. Que el esfuerzo se canalice a través del sector público no elimina la necesidad de que la sociedad dedique, en última instancia, más recursos a atender estas necesidades, por lo que resulta imprescindible que el comportamiento del sector público sea financieramente muy prudente y más eficiente en el gasto.

7. ANEXO. ESCENARIOS DE LAS PROYECCIONES DE LA COMISIÓN EUROPEA

En el informe publicado por la Comisión Europea, *The Ageing Report 2018* se realizan ejercicios de proyección del gasto sanitario y de atención a la dependencia en base a diversos escenarios. En el presente documento se han considerado los siguientes:

- **Escenario demográfico:** Este escenario capta el efecto puro del cambio demográfico. En sanidad se supone que el coste por edad y sexo se mantiene constante y solo tiene en cuenta el efecto del cambio demográfico. En dependencia se supone que el porcentaje de población dependiente (que reciben cuidados formales e informales) se mantiene constante.

- **Escenario de envejecimiento saludable:** Este escenario capta el impacto de la mejora en el estado de salud de la población mayor. En sanidad se asume que el número de años de mala salud es constante, es decir, todas las ganancias de esperanza de vida se corresponden con años de buena salud. En dependencia se supone que la prevalencia de la dependencia o discapacidad (es decir, su tasa de incidencia) disminuye a lo largo del tiempo para cada grupo de edad.

- **Escenario base:** es el escenario utilizado en The 2018 Ageing Report para calcular el impacto de la edad en el total del gasto. Se asume que la mitad de las ganancias de esperanza de vida se corresponden con años de buena salud (en sanidad)) y sin limitaciones (en dependencia) y, además, que la elasticidad ingreso del gasto en sanidad converge linealmente de 1.1 en 2016 a 1 en 2070.

- **Escenario de determinantes no demográficos:** Este escenario se aplica al gasto sanitario y estima el impacto de los determinantes no demográficos (renta, tecnología, reformas institucionales) asumiendo que la tendencia experimentada por el gasto en sanidad en el pasado como consecuencia de los cambios demográficos desaparece en el futuro.

- **Escenario de cambio de cuidados informales a formales:** Este escenario se aplica al gasto en dependencia y estima el impacto en la demanda derivado de un cambio en la política pública que implique un incremento de la provisión pública de cuidados formales de dependencia, sustituyendo así los cuidados informales.

8. Fuentes bibliográficas

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). "Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos", Envejecimiento en red. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., Pujol, R. y Sundström, G. (2018). "Los nuevos cuidadores", Observatorio Social de "la Caixa" Nº 5, Mayo 2018, Obra Social "la Caixa"

Abellán, Pujol, R. y Ramiro, D. (2018). "La medición del envejecimiento (2ª edición)", Envejecimiento en red. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Boletín Oficial del Estado (BOE, 2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Pro-moción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299, 15 de diciembre de 2006).

Boletín Oficial del Estado (BOE, 2007). Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 114, 12 de mayo de 2007).

Comisión Europea (2018). "The 2018 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)", Institutional Paper Nº 079, Comisión Europea.

Casado Marín, D. (Dir.) (2009). "El impacto de la demografía sobre el gasto futuro de las CCAA", Centre de Reserca en Economia i Salut (Universitat Pompeu Fabra) y Fundación Pfizer.

Jiménez Lara, A. (2014). "Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias.", Actas de la dependencia Nº 11, Fundación Caser Para la Dependencia.

INE. Proyecciones de población. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Indicadores demográficos básicos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta Nacional de Salud 2017. Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736194721&idp=1254735573175 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta Europea de Salud 2014. Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta Europea de Salud 2009. Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Cifras de población. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta de Población Activa (EPA). Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2016 (ECV). Módulo de acceso a los servicios. Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976608 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta Continua de Hogares (ECH). Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Encuesta de Presupuestos Familiares 2017 (EPF). Microdatos. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608 [consulta: septiembre de 2018].

INE. Contabilidad Regional. Disponible en internet: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581 [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estadística de Gasto Sanitario Público. Disponible en internet: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD. Disponible en internet: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en internet: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/saad/sisaad/estadisticas_sisaad/index.htm [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información de Atención Primaria. Disponible en internet: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales. Disponible en internet: https://seiss.imserso.es/ibi_apps/WFServlet?IBIAPP_app=wfsui&IBIF_ex=SUIFX001&CLA_FEX=X003 [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017a). "Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación Actual del Sistema de la Dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia". Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017b). "Informe 2016. Las personas mayores en España". IMSERSO

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Informes anuales del mercado de trabajo provincial. Servicio Público de Empleo Estatal. Disponible en internet: http://www.sepe.es/indiceObservatorio/provincial.do [consulta: septiembre de 2018].

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Estadísticas de Afiliación de Trabajadores al Sistema de la Seguridad Social. Series de Cuidadores no Profesionales. Disponible en internet: http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/2341/2374/2465 [consulta: septiembre de 2018].

OCDE (2013). "Public spending on health and long-term care: a new set of projections", OCDE Economic Policy Papers Nº 06, OCDE Publishing.

OCDE (2018). "The Long View: Scenarios for the World Economy to 2060", OCDE Economic Policy Papers Nº 22, OCDE Publishing.

Ivie
GENERALITAT
VALENCIANA