

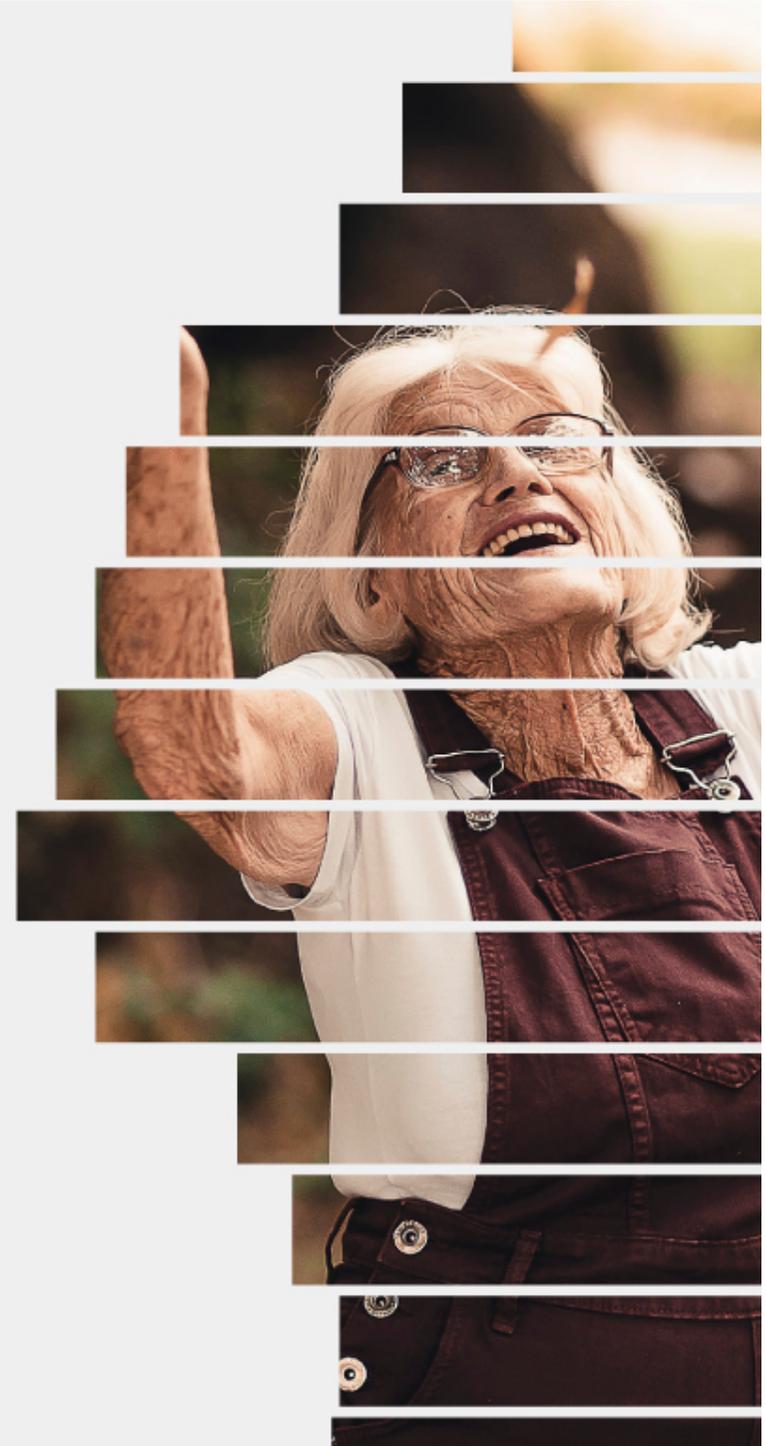
Longevidad y condiciones de vida en España

Seminario

21 de noviembre 2019

Ivie

Fundación
BBVA





Juan Oliva

Juan Oliva es profesor del Dpto. de Análisis Económico y del Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES) de la Universidad de Castilla La Mancha. Su principal área de especialización es la economía de la salud. Ha publicado más de un centenar de artículos en revistas científicas con proceso de revisión y ha colaborado en cuarenta obras colectivas. Ha sido asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social, varias Consejerías de Salud y empresas del sector sanitario. Presidente de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud durante los años 2010-2013.

Envejecimiento, estado de salud y gasto sanitario

Juan Oliva
(con la ayuda de Luz M^a
Peña y Beatriz Rodríguez)
Universidad de Castilla-La
Mancha



Longevidad y condiciones de vida en España

Seminario
21 de noviembre de 2019



Ivie

Fundación BBVA

Contexto

- El envejecimiento demográfico supondrá transformaciones profundas de nuestras sociedades en los próximos años.
- Envejecimiento, sustentado en un hito de la especie humana: fuerte incremento experimentado en su esperanza de vida durante los últimos 150 años.
- En el campo de la organización de los cuidados afloran cuestiones sobre cuál será el impacto de este fenómeno sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración y si ello comprometerá la solvencia, es decir, la capacidad de los sistemas para dar respuesta a las necesidades y a las demandas sociales de los ciudadanos.

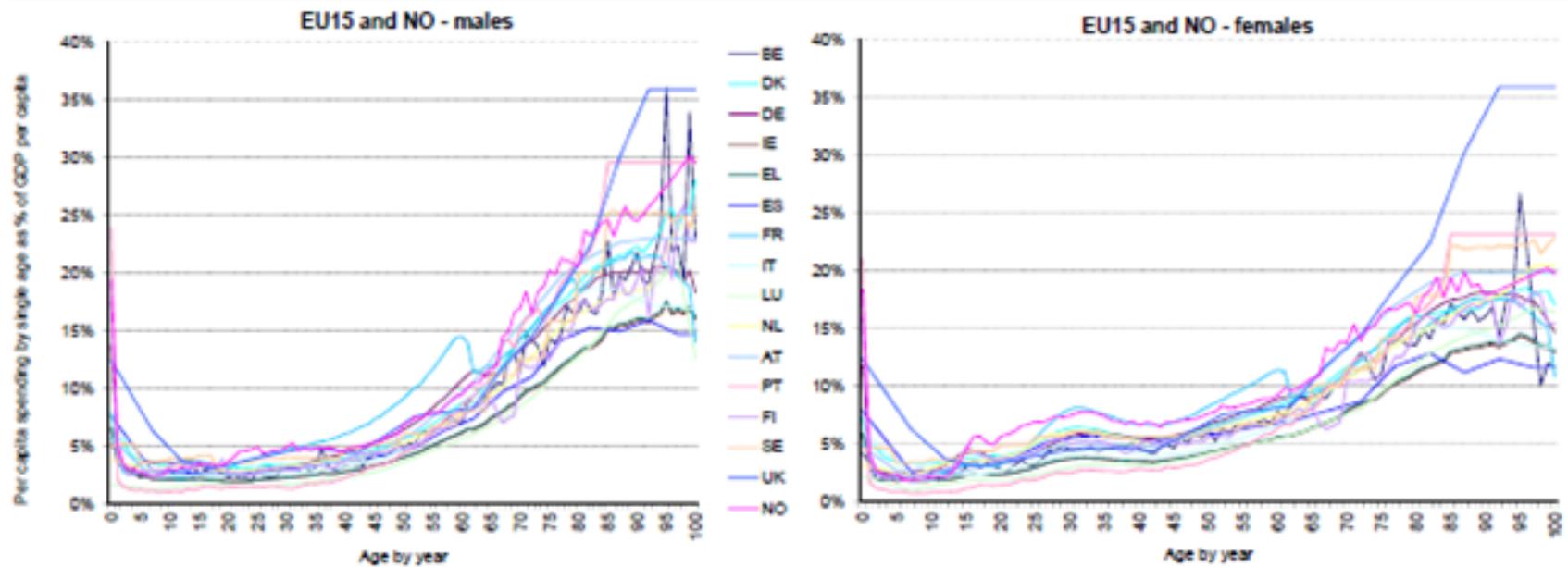
Envejecimiento y gasto sanitario: las preguntas

- ¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?
- Proyecciones y explicaciones: ¿por qué le llamamos amor cuando...? (¿es la edad o...?)
- ¿Qué otros elementos hemos de considerar en nuestros análisis sobre evolución futura del gasto sanitario?

¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?



Graph II.2.1: Age-related expenditure profiles of health care provision (spending per capita as % of GDP per capita) in 2016



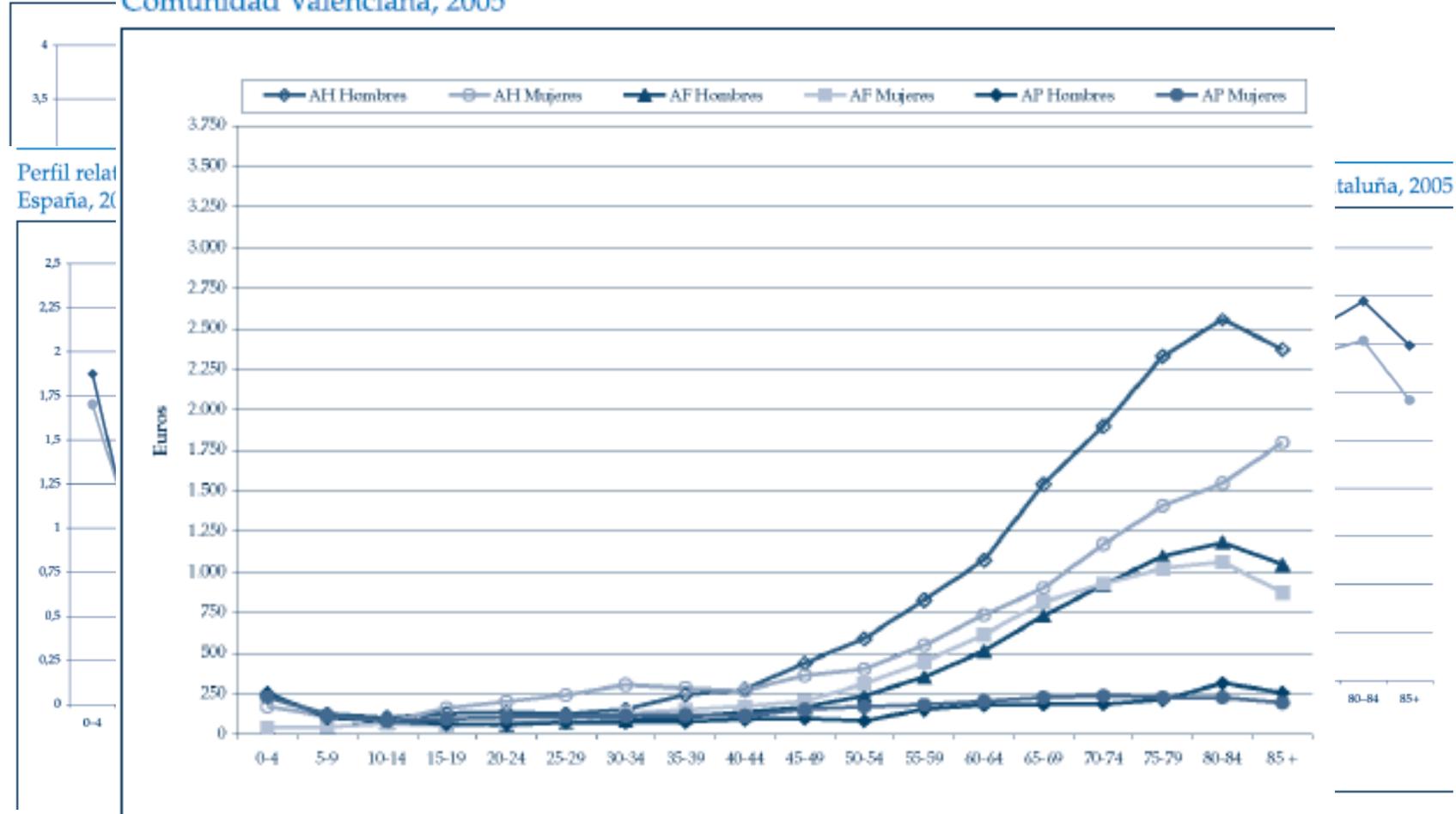
¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?



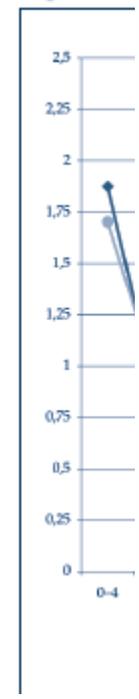
¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?

Perfil relativo
edad y sexo

Gasto medio por tipo de atención sanitaria (euros/año), según grupos de edad y sexo:
Comunidad Valenciana, 2005



Perfil relativo
España, 2005



AH: Atención Hospitalaria; AF: Atención Farmacéutica; AP: Atención Primaria.

¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?

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

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

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

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

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

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

Original

Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos?

Emili Vela^a, Montse Clèries^a, Vincenzo Alberto Vella^b, Cristina Adroher^a y Anna García-Altés^{b,c,d,*}

^a Servei Català de la Salut, CatSalut, Barcelona, España

^b Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

6

E. Vela et al. / Gac Sanit. 2017;xxx(xx):xxx-xxx

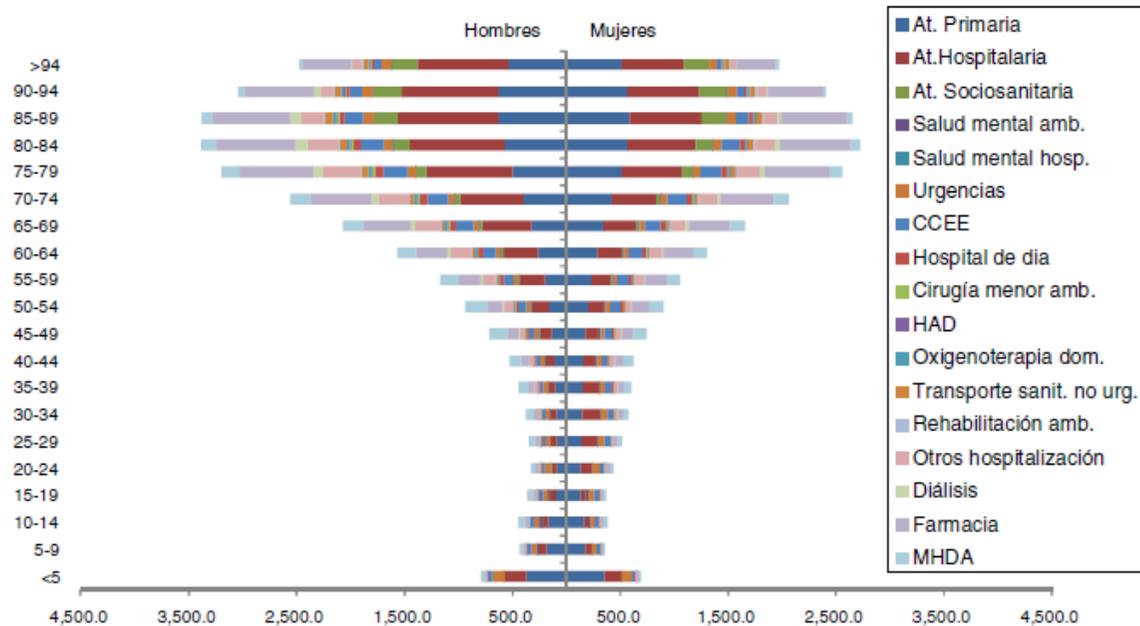


Figura 3. Distribución del gasto sanitario medio por sexo, edad y ámbito asistencial. CatSalut, 2014. CCEE: consultas externas; HAD: hospitalización a domicilio; MHDA: medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria.

En la mitad de la población se acumula el 3,6% del gasto sanitario

Un 1% de la población concentra el 23% del gasto sanitario

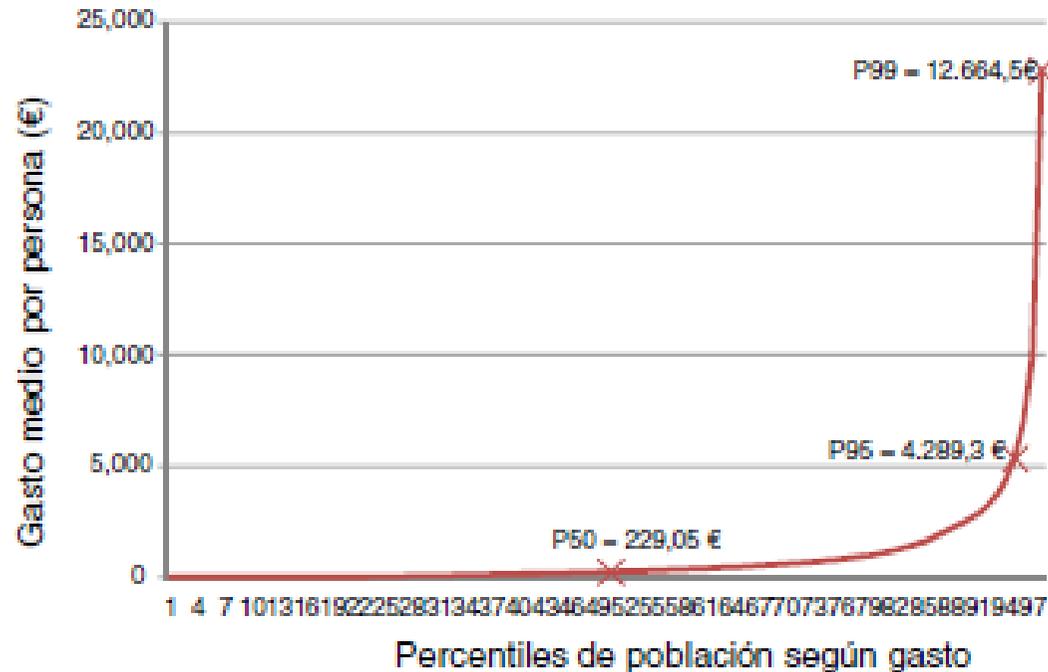
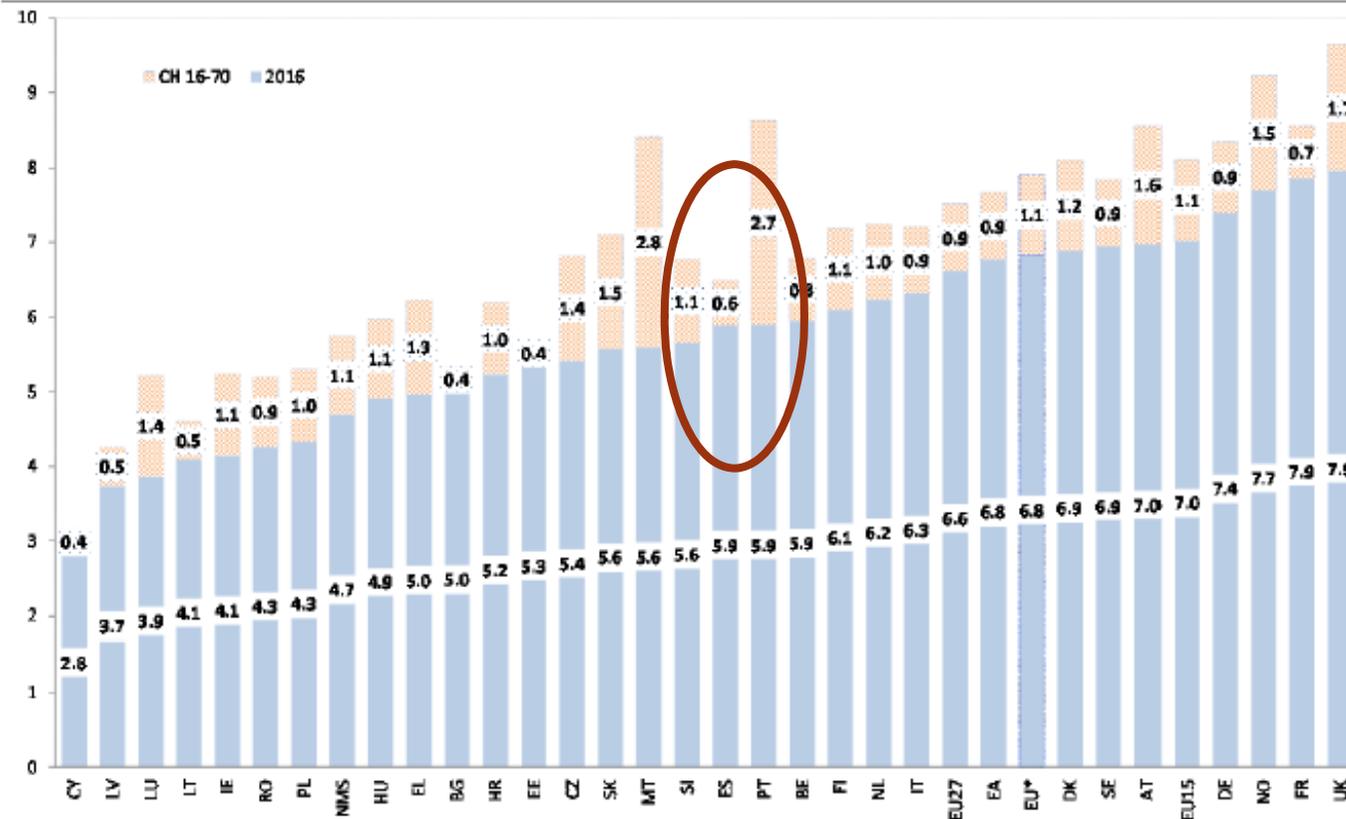


Figura 2. Distribución del gasto por percentiles de población. CatSalut, 2014.

Y sin embargo...las proyecciones realizadas por organismos supranacionales...



Graph II.2.3: Projected increase in public expenditure on health care due to demographic change over 2016-2070, as % of GDP



Notes: The EU28, EU15 and NMS averages in all result tables are weighted according to GDP. The level of expenditure in 2016 is the first year of projected expenditure based on latest available data. Health care expenditure exclude long-term nursing care.

Source: Commission services, EPC.

¿Por qué le llamamos amor cuando...?

HEALTH ECONOMICS
Health Econ. 8: 485–496 (1999)

HEALTH CARE FINANCING

AGEING OF POPULATION AND HEALTH CARE EXPENDITURE: A RED HERRING?

PETER ZWEIFEL^a, STEFAN FELDER^{b,*} AND MARKUS MEIERS^a

^a *Socioeconomic Institute, University of Zurich, Zurich, Switzerland*

^b *Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Otto von Guericke University,
Magdeburg, Germany*



This paper studies the relationship between health care expenditure (HCE) and age, using longitudinal rather than cross-sectional data. The econometric analysis of HCE in the last eight quarters of life of individuals who died during the period 1983–1992 indicates that HCE depends on remaining lifetime but not on calendar age, at least beyond 65+. The positive relationship between age and HCE observed in cross-sectional data may be caused by the simple fact that at age 80, for example, there are many more individuals living in their last 2 years than at age 65. The limited impact of age on HCE suggests that population ageing may contribute much less to future growth of the health care sector than claimed by most observers. Copyright © 1999 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS — population ageing; cost of dying; aggregate health care expenditure

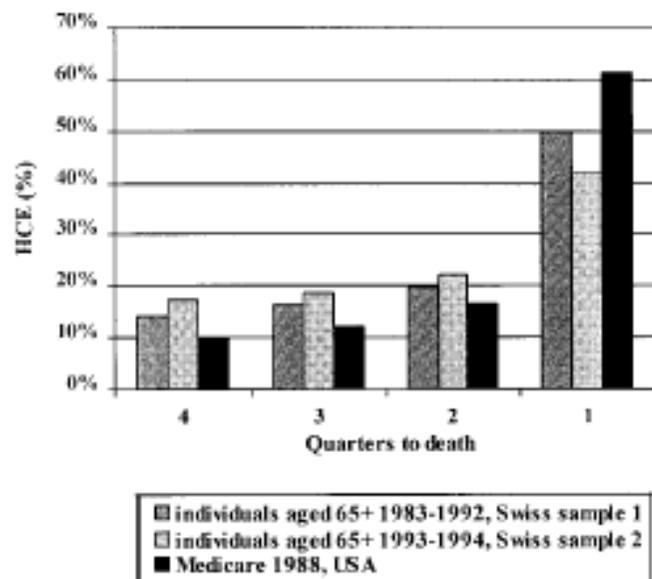


Figure 2. Distribution of HCE over the last four quarters of life

Table 3. OLS regression estimates for real quarterly HCE^a of individuals aged 65+ of sample 1 in their last 5 years of life

Variable	Years 5-0 before death ^b	Years 5-2 before death ^b	Years 2-0 before death ^{b,c}
Constant	6.821** (1.877)	5.380* (2.634)	5.314* (2.708)
<i>A</i>	-0.073 (0.048)	-0.020 (0.066)	-0.043 (0.068)
<i>A</i> ²	0.0005 (0.0003)	0.00004 (0.0005)	0.0002 (0.0004)
<i>SEXF</i>	0.108 (0.438)	-1.452** (0.590)	1.632* (0.740)
<i>A</i> · <i>SEXF</i>	0.001 (0.006)	0.026** (0.008)	-0.017 (0.009)
<i>INS</i>	0.627** (0.166)	0.712** (0.272)	0.761** (0.212)
λ	1.415** (0.540)	1.695* (0.841)	2.424** (0.856)
<i>Q1</i>	1.849** (0.168)	—	1.888** (0.195)
<i>Q2</i>	0.901** (0.142)	—	0.818** (0.139)
<i>Q3</i>	0.626** (0.140)	—	0.539** (0.135)
<i>Q4</i>	0.385** (0.127)	—	0.246* (0.109)
<i>Q5</i>	0.459** (0.126)	—	0.280** (0.109)
<i>Q6</i>	0.404** (0.125)	—	0.218* (0.108)
<i>Q7</i>	0.246* (0.126)	—	0.089 (0.108)

¿Es la edad o..?

HEALTH ECONOMICS

HEALTH CARE EXPENDITURE



Table 3. Two-part model, OLS data for 0–5 years prior to death

Variable ^a	ZFM specification				Expanded model			
	Probit		Ln(Cost)		Probit		Ln(Cost)	
Constant	-5.100**	1.08	4.974**	1.834	-5.070**	1.084	6.773**	1.348
Age	0.077**	0.027	0.053	0.046	0.074**	0.027	0.040	0.033
Age ²	-0.0005**	0.0002	-0.0002	0.0003	-0.0004**	0.0002	-0.0002	0.0002
Female	0.228	0.232	-0.234	0.380	0.188	0.235	0.047	0.304
Age * female	-0.002	0.003	0.006	0.005	-0.001	0.003	0.001	0.004
Q1	1.830**	0.030	-0.045	0.068	1.833**	0.031	-0.192**	0.071
Q2	0.802**	0.031	0.340**	0.070	0.798**	0.031	0.224**	0.068
Q3	0.628**	0.031	0.293**	0.071	0.623**	0.032	0.197**	0.070
Q4	0.538**	0.031	0.218**	0.073	0.534**	0.032	0.115	0.070
Q5	0.454**	0.031	0.254**	0.074	0.450**	0.032	0.172*	0.071
Q6	0.385**	0.031	0.206**	0.074	0.380**	0.032	0.127	0.071
Q7	0.366**	0.031	0.211**	0.073	0.361**	0.032	0.136	0.071
Q8	0.279**	0.031	0.269**	0.075	0.276**	0.032	0.191**	0.072

step Heckman model from the Zweifel study is first replicated, to find that neither age nor proximity to death have a significant effect on hospital costs. **Econometric problems with the model are demonstrated, and instead a two-part model shows both age and proximity to death to have significant effects on quarterly hospital costs.** Cost predictions, calculated with bootstrapped 95% confidence intervals, further demonstrate that **while age may significantly affect quarterly costs, these cost changes are small compared to the tripling of quarterly costs that occurs with approaching death in the last year of life.** The analyses show the importance of model selection to properly assess the determinants of health-care expenditures. Copyright © 2003 John Wiley & Sons, Ltd.

¿Es la edad o..?

Journal of Health Economics 57 (2018) 60–74



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Health Economics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/econbase



Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: Implications for an ageing population



Daniel Howdon^{a,*}, Nigel Rice^{b,c}

^a Department of Economics, Econometrics and Finance, University of Groningen, Duijzenberg Building, Nettelbosje 2, 9747AE Groningen, Netherlands

^b Centre for Health Economics, University of York, York YO10 5DD, UK

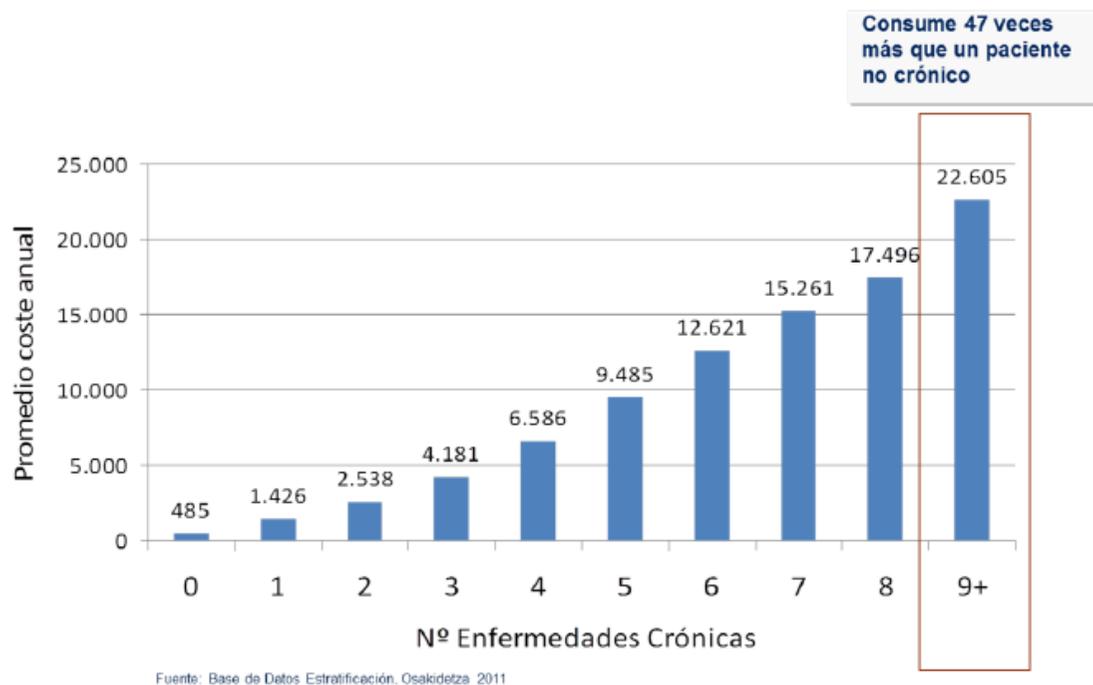
^c Department of Economics and Related Studies, University of York, York YO10 5DD, UK

A B S T R A C T

This paper uses Hospital Episode Statistics, English administrative data, to investigate the growth in admitted patient health care expenditures and the implications of an ageing population. We use two samples of around 40,000 individuals who (a) used inpatient health care in the financial year 2005/06 and died by the end of 2011/12 and (b) died in 2011/12 and had some hospital utilisation since 2005/06. We use a panel structure to follow individuals over seven years of this administrative data, containing estimates of inpatient health care expenditures (HCE), information regarding individuals' age, time-to-death (TTD), morbidities at the time of an admission, as well as the hospital provider, year and season of admission. **We show that HCE is principally determined by proximity to death rather than age, and that proximity to death is itself a proxy for morbidity.**

© 2017 Elsevier B.V. All rights reserved.

La cronicidad tiene un gran impacto en el gasto sanitario



cortesía de Roberto Nuño. Encuentro E. Lluch-UIMP. Santander, 2018

En la mitad de la población se acumula el 3,6% del gasto sanitario

Un 1% de la población concentra el 23% del gasto sanitario

Original

Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos?

Emili Vela^a, Montse Clèries^a, Vincenzo Alberto Vella^b, Cristina Adroher^a y Anna García-Altés^{b,c,d,*}

^a Servei Català de la Salut, CatSalut, Barcelona, España

^b Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Institut d'Investigació Biomèdica (IB Sant Pau), Barcelona, España

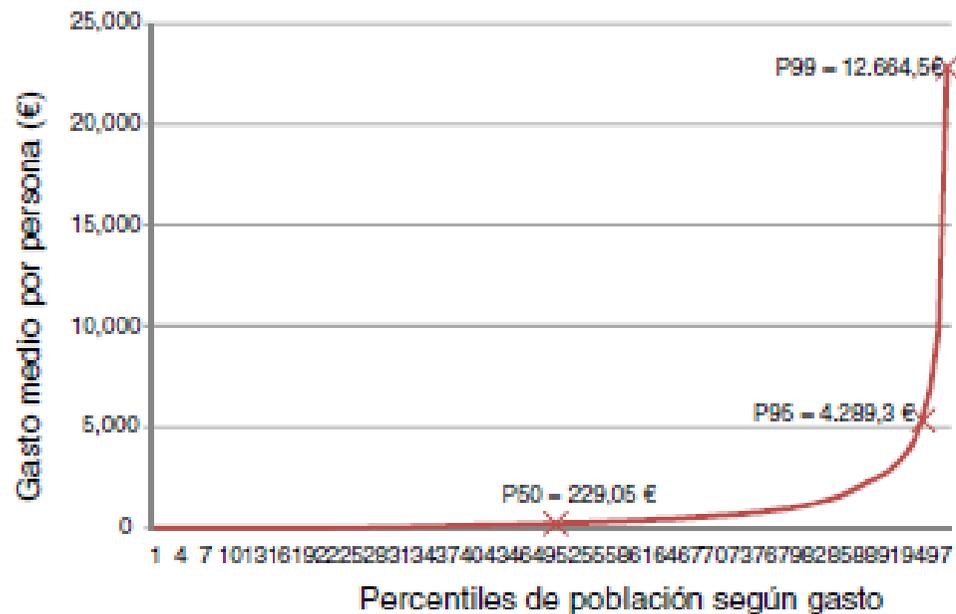


Figura 2. Distribución del gasto por percentiles de población. CatSalut, 2014.

¿Es la edad o..?

Received: 27 March 2017 | Revised: 27 November 2017 | Accepted: 5 December 2017

DOI: 10.1002/hec.3635

HEALTH ECONOMICS LETTER

WILEY **Health
Economics**

Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status

Marc Carreras^{1,2}  | Pere Ibern^{1,3} | José María Inoriza¹ 

The objective of our study is to analyse the influence individual health status has on HCE, when compared to proximity to death and demographic effects and considering a comprehensive view of healthcare services and costs. We examined data concerning different HCE components of $N = 61,473$ persons aged 30 to 95 years old. Using 2-part models, we analysed the probability of use and positive HCE.

¿Es la edad o..?

Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status

Marc Carreras^{1,2} | Pere Ibern^{1,3} | José María Inoriza¹

TABLE 2 Model 1—demographic and proximity to death

Variable	Acute outpatient						Acute inpatient						Primary care						Pharmacy					
	Part 1			Part 2			Part 1			Part 2			Part 1			Part 2			Part 1			Part 2		
	OR	SE	Sign	β	SE	Sign	OR	SE	Sign	β	SE	Sign	OR	SE	Sign	β	SE	Sign	OR	SE	Sign	β	SE	Sign
Constant	0.029	0.005	***	4.847	0.458	***	0.023	0.006	***	8.458	0.39	***	1.092	0.326		4.463	0.101	***	0.634	0.2		3.488	0.247	***
Demographic																								
Age	1.061	0.004	***	0.018	0.009		1.037	0.007	***	-0.033	0.011	**	0.972	0.006	***	0.007	0.002	***	0.969	0.005	***	0.072	0.008	***
Age ²	1	0	**	0	0		1	0		0	0	***	1.001	0	***	0	0	***	1.001	0	***	0	0	***
Sex female	4.184	0.261	***	0.247	0.172		6.043	0.636	***	0.12	0.17		3.613	0.28	***	0.491	0.032	***	3.671	0.273	***	-0.622	0.136	***
Proximity to death																								
TTD (in months)	1.006	0.004		-0.011	0.009		0.977	0.004	***	-0.010	0.005	*	1.01	0.007		-0.008	0.002	***	1.01	0.007		-0.008	0.003	**
Death (before April 30, 2016)	15.362	4.304	***	3.431	0.615	***	19.139	6.092	***	1.652	0.452	***	19.733	8.793	***	1.281	0.143	***	7.151	2.998	***	2.874	0.536	***
Interactions																								
Age * Sex Female	0.98	0.001	***	-0.005	0.003		0.974	0.002	***	-0.001	0.003		0.983	0.002	***	-0.006	0.001	***	0.984	0.001	***	0.008	0.002	***
Age * Death	0.969	0.003	***	-0.040	0.008	***	0.963	0.004	***	-0.020	0.006	***	0.961	0.006	***	-0.014	0.002	***	0.979	0.006	***	-0.031	0.006	***
R ² or pseudo-R ²	0.06			0.01			0.05			0.03			0.07			0.15			0.1			0.06		

Note. Sign: Significance; Part 1: logit; Part 2: GLM—log gamma. A&E = accident and emergency; TTD = time to death.

****p* < .001. ***p* < .01. **p* < .05.

¿Es la edad o..?

Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status

Marc Carreras^{1,2} | Pere Ibern^{1,3} | José María Inoriza¹

TABLE 3 Model 2—demographic, proximity to death, and morbidity burden

Variable	Acute outpatient						Acute inpatient						Primary care					
	Part 1			Part 2			Part 1			Part 2			Part 1			Part 2		
	OR	SE	Sign	β	SE	Sign	OR	SE	Sign	β	SE	Sign	OR	SE	Sign	β	SE	Sign
Constant	0.058	0.012	***	4.902	0.193	***	0.051	0.014	***	8.758	0.401	***	0.912	0.332		4.974	0.095	***
Demographic																		
Age	1.006	0.005		-0.002	0.004		0.970	0.007	***	-0.049	0.011	***	0.973	0.006	***	-0.029	0.002	***
Age ²	1.000	0.000		0.000	0.000		1.000	0.000	***	0.000	0.000	***	1.000	0.000	**	0.000	0.000	***
Sex Female	2.953	0.203	***	0.327	0.064	***	4.025	0.441	***	0.189	0.183		2.552	0.234	***	0.393	0.028	***
Proximity to death																		
TTD (in months)	1.011	0.004	**	-0.010	0.004	**	0.981	0.004	***	-0.009	0.005		1.018	0.008	*	-0.004	0.002	*
Death (before April 30, 2016)	4.944	1.806	***	1.361	0.510	**	2.944	2.272		0.130	0.442		3.022	1.546	*	0.406	0.160	*
Morbidity burden																		
Healthy	—	—		—	—		—	—		—	—		—	—		—	—	
Acute disease	7.637	0.308	***	0.609	0.035	***	0.625	0.760	***	0.148	0.077		26.244	2.468	***	0.701	0.016	***
Minor chronic disease	6.503	0.212	***	0.387	0.044	***	5.439	0.384	***	-0.001	0.144		23.608	1.545	***	0.600	0.013	***
Minor chronic ≥ 2	13.086	0.643	***	0.574	0.037	***	0.267	0.831	***	-0.066	0.114		118.786	25.564	***	1.006	0.017	***
Dominant chronic disease	7.472	0.224	***	0.526	0.034	***	7.055	0.457	***	0.020	0.092		36.348	2.208	***	0.911	0.013	***
Dominant chronic = 2	18.302	0.607	***	0.949	0.036	***	6.638	1.054	***	0.574	0.100	***	169.162	18.246	***	1.396	0.013	***
Dominant chronic ≥ 3	42.859	4.517	***	1.336	0.073	***	6.751	3.589	***	0.981	0.144	***	196.379	80.986	***	1.845	0.031	***
Metastatic malignancies	46.777	8.236	***	1.321	0.112	***	5.060	6.022	***	0.758	0.143	***	403.403	404.386	***	1.611	0.051	***
Catastrophic conditions	94.105	25.314	***	3.537	0.164	***	2.748	5.288	***	0.918	0.179	***	23.873	7.757	***	1.423	0.069	***
Interactions																		

Por tanto....

- ¿Realmente el gasto sanitario es tan elevado en personas mayores?
 - Sí
- Pero, ¿es la edad (de calendario) el determinante básico del gasto sanitario?
 - No
- Cercanía al fallecimiento
- El estado de salud
- En el caso del gasto sanitario
- Por ello, no nos debe extrañar...

Table II.2.3: Demographic scenario - projected increase in public expenditure on health care over 2016-2070, as % of GDP

	2016	2070	Change 2016-2070	
			pp.	in %
BE	5.9	6.8	0.8	14%
BG	5.0	5.3	0.4	8%
CZ	5.4	6.8	1.4	26%
DK	6.9	8.1	1.2	18%
DE	7.4	8.3	0.9	13%
EE	5.3	5.7	0.4	7%
IE	4.1	5.2	1.1	26%
EL	5.0	6.2	1.3	26%
ES	5.9	6.5	0.6	10%
FR	7.9	8.6	0.7	9%
HR	5.2	6.2	1.0	18%
IT	6.3	7.2	0.9	14%
CY	2.8	3.2	0.4	13%
LV	3.7	4.3	0.5	14%
LT	4.1	4.6	0.5	13%
LU	3.9	5.2	1.4	35%
HU	4.9	6.0	1.1	22%
MT	5.6	8.4	2.8	50%
NL	6.2	7.2	1.0	16%
AT	7.0	8.6	1.6	23%
PL	4.3	5.3	1.0	23%
PT	5.9	8.6	2.7	46%
RO	4.3	5.2	0.9	22%
SI	5.6	6.8	1.1	20%
SK	5.6	7.1	1.5	28%
FI	6.1	7.2	1.1	18%
SE	6.9	7.8	0.9	13%
UK	7.9	9.6	1.7	21%
NO	7.7	9.2	1.5	20%
EA	6.8	7.7	0.9	13%
EU*	6.8	7.9	1.1	16%
EU27	6.6	7.5	0.9	14%
EU* s	5.5	6.6	1.1	20%



ISSN 2443-8014 (online)

The 2018 Ageing Report

Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)

INSTITUTIONAL PAPER 079 | MAY 2018



Pero además...

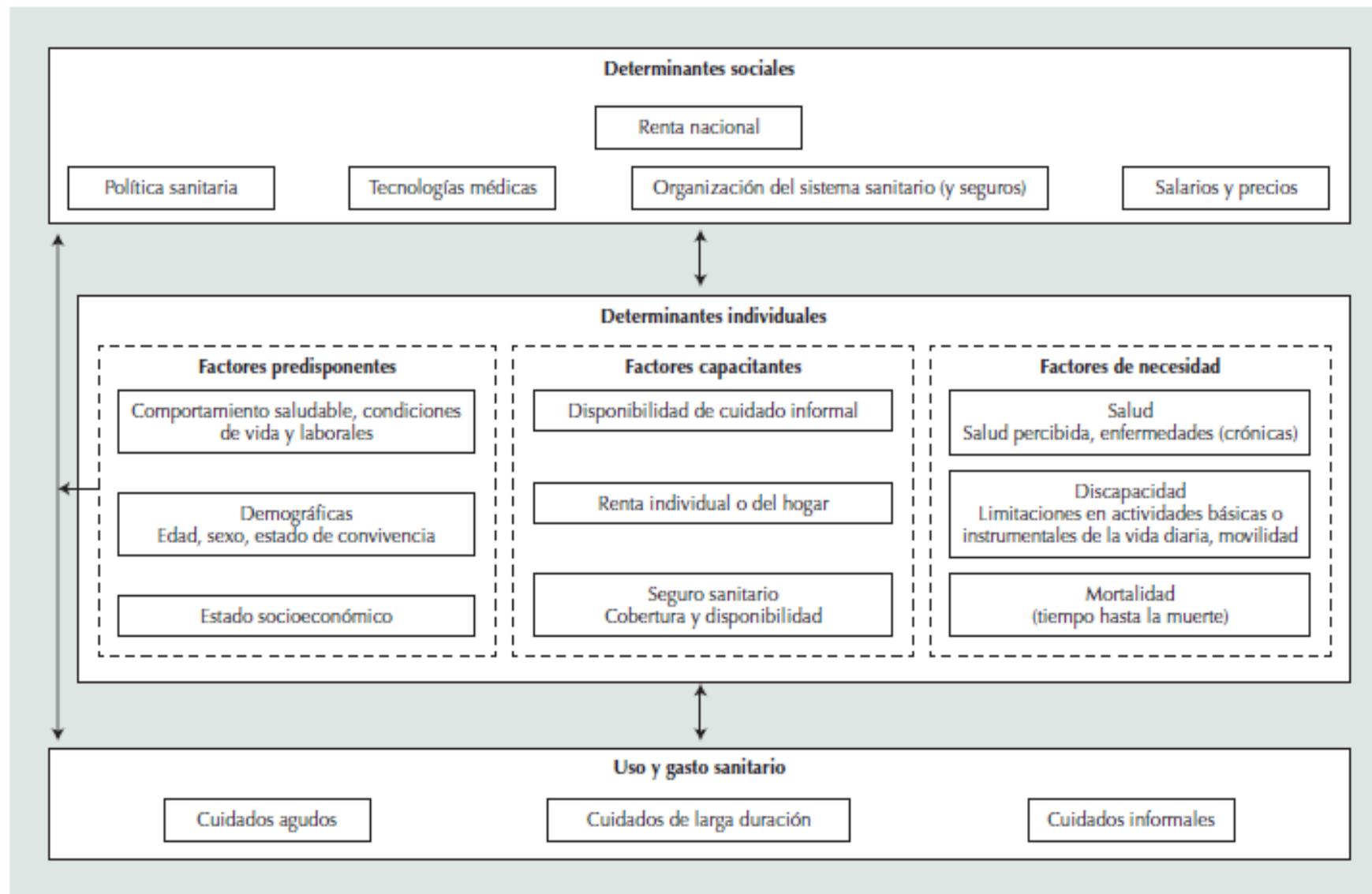


Figura 21.3 Modelo conceptual de los gastos individuales sanitarios. Adaptado de: Meijer et al. The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. Eur J Ageing. 2013;10 (4):353-61.

¿Hacia qué escenario en salud nos dirigimos?

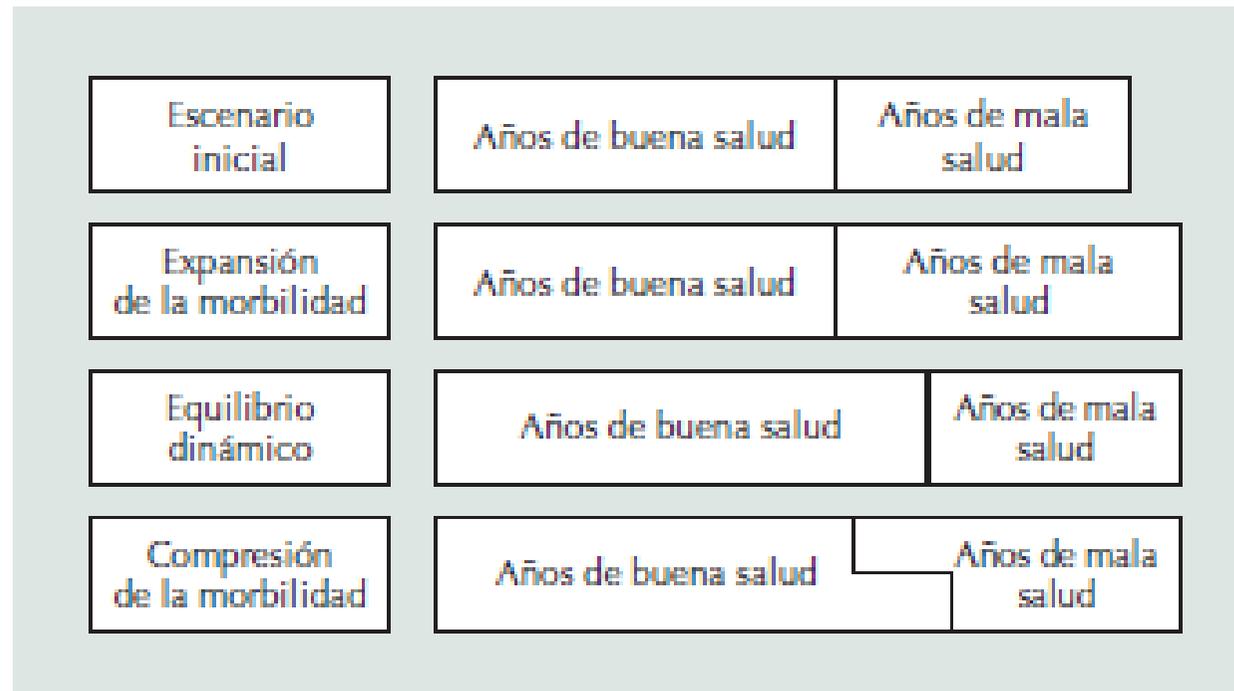
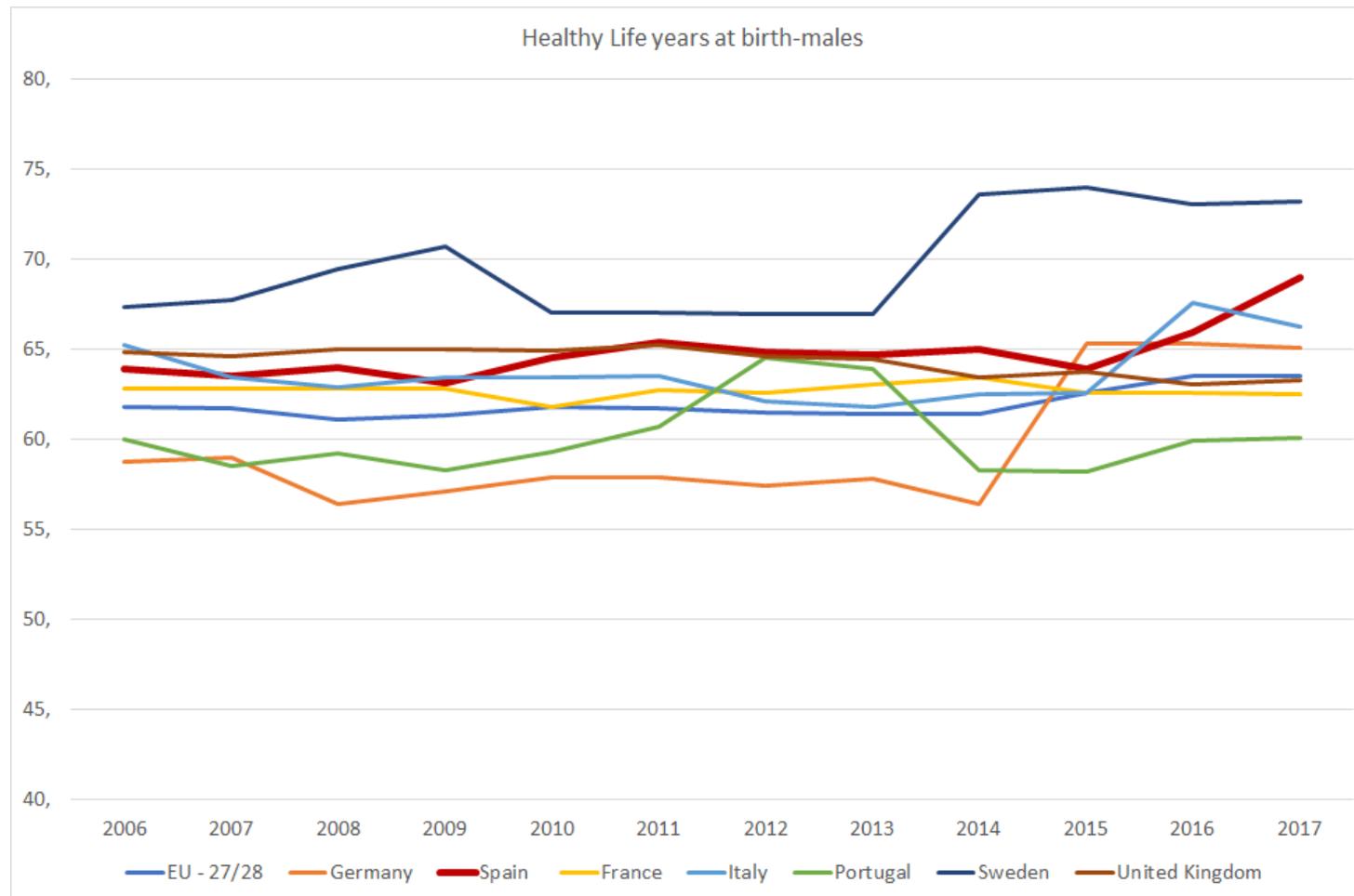
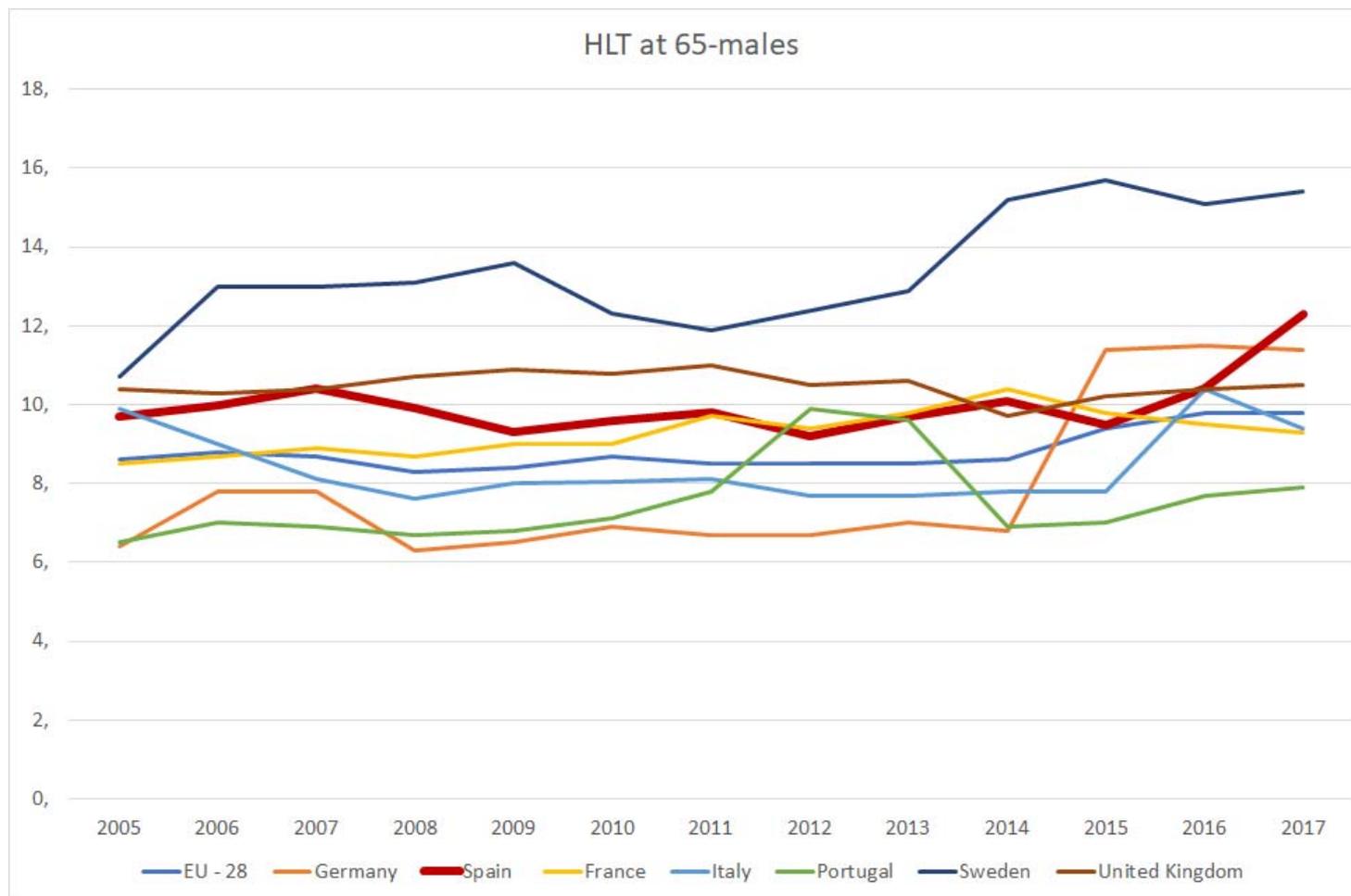


Figura 21.2 Escenarios de compresión/expansión de morbi-dependencia.

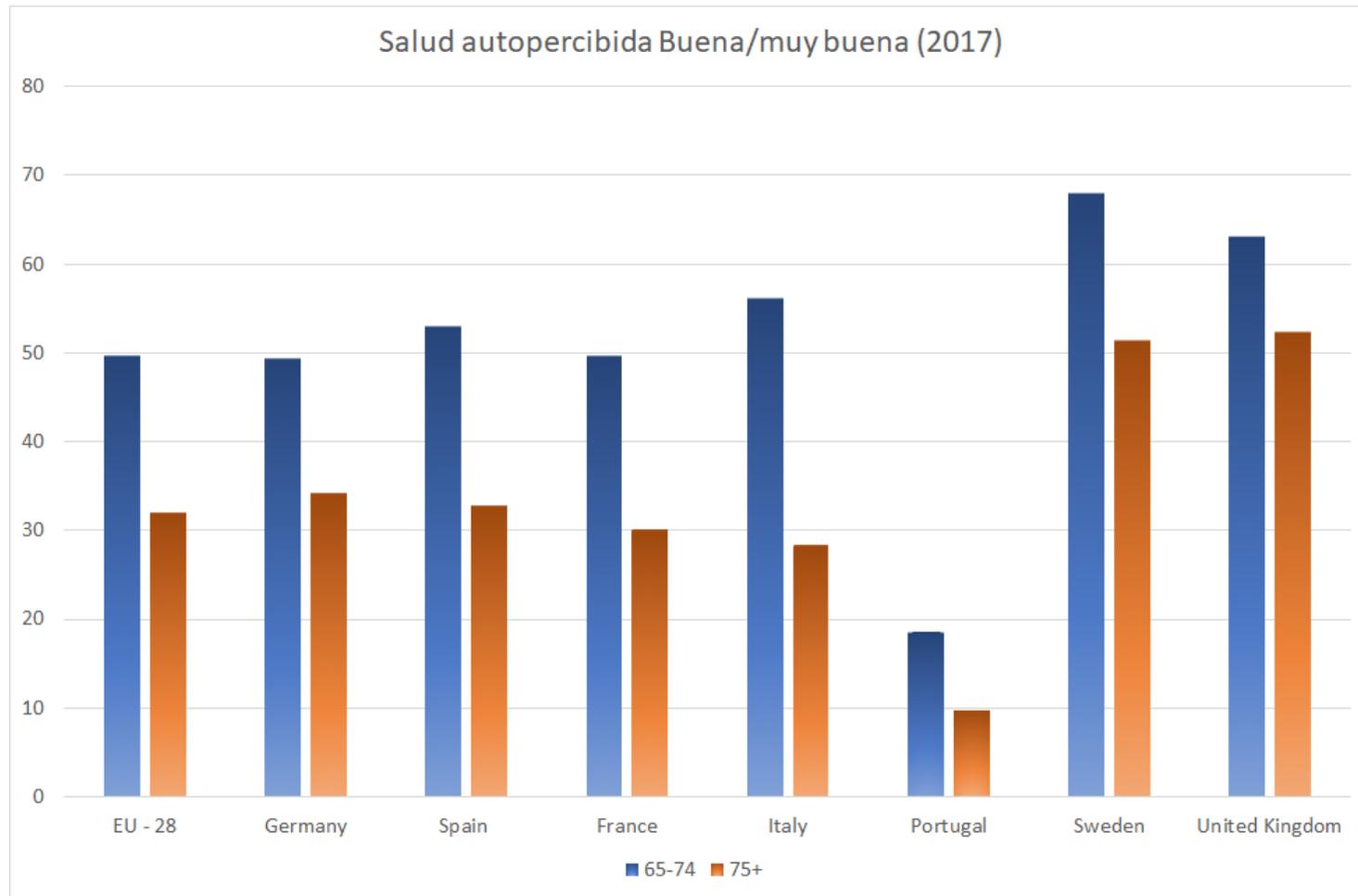
¿Cuál es nuestro estado de salud (en términos comparativos)?



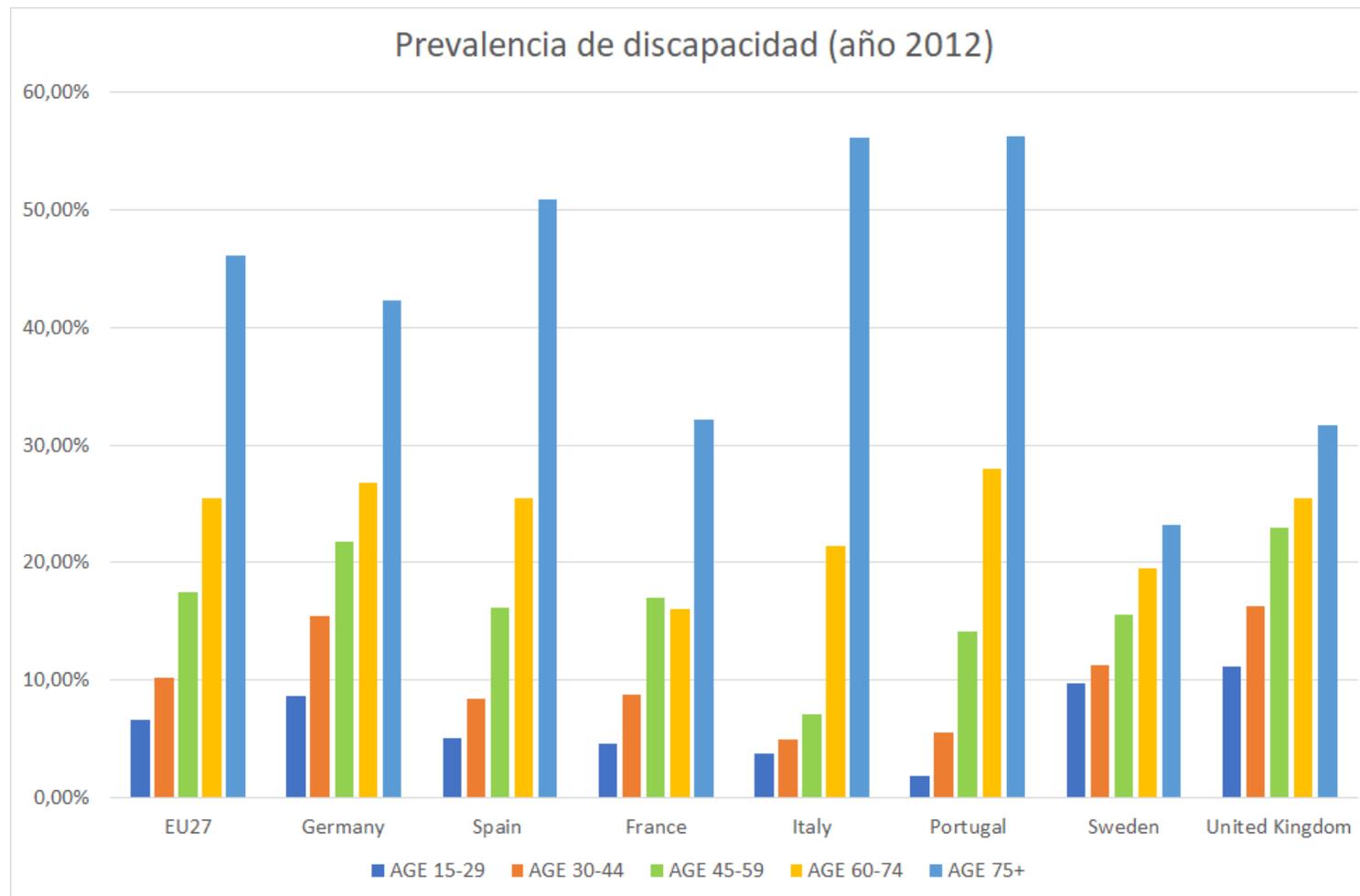
¿Cuál es nuestro estado de salud (en términos comparativos)?



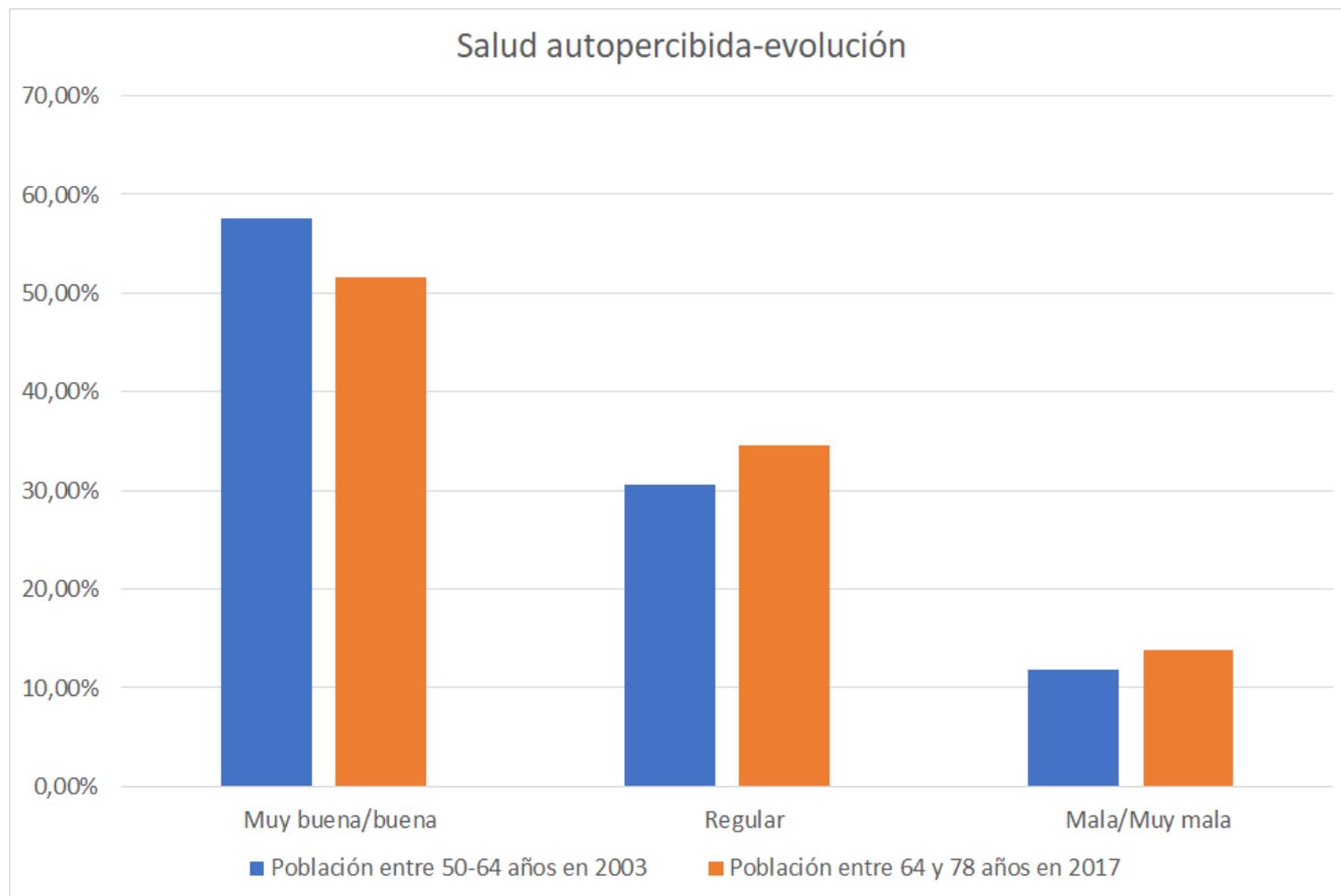
¿Cuál es nuestro estado de salud (en términos comparativos)?



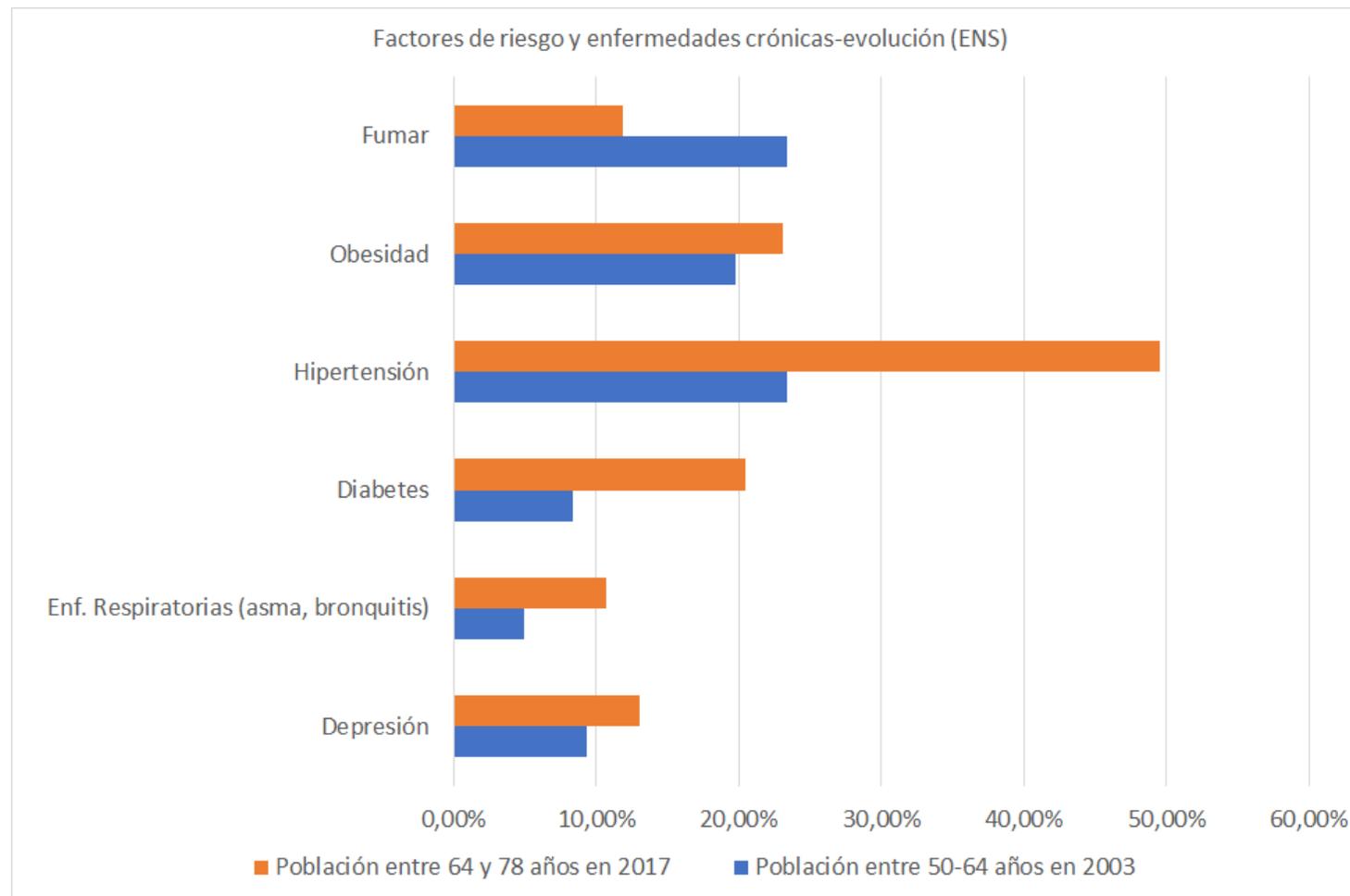
¿Cuál es nuestro estado de salud (en términos comparativos)?



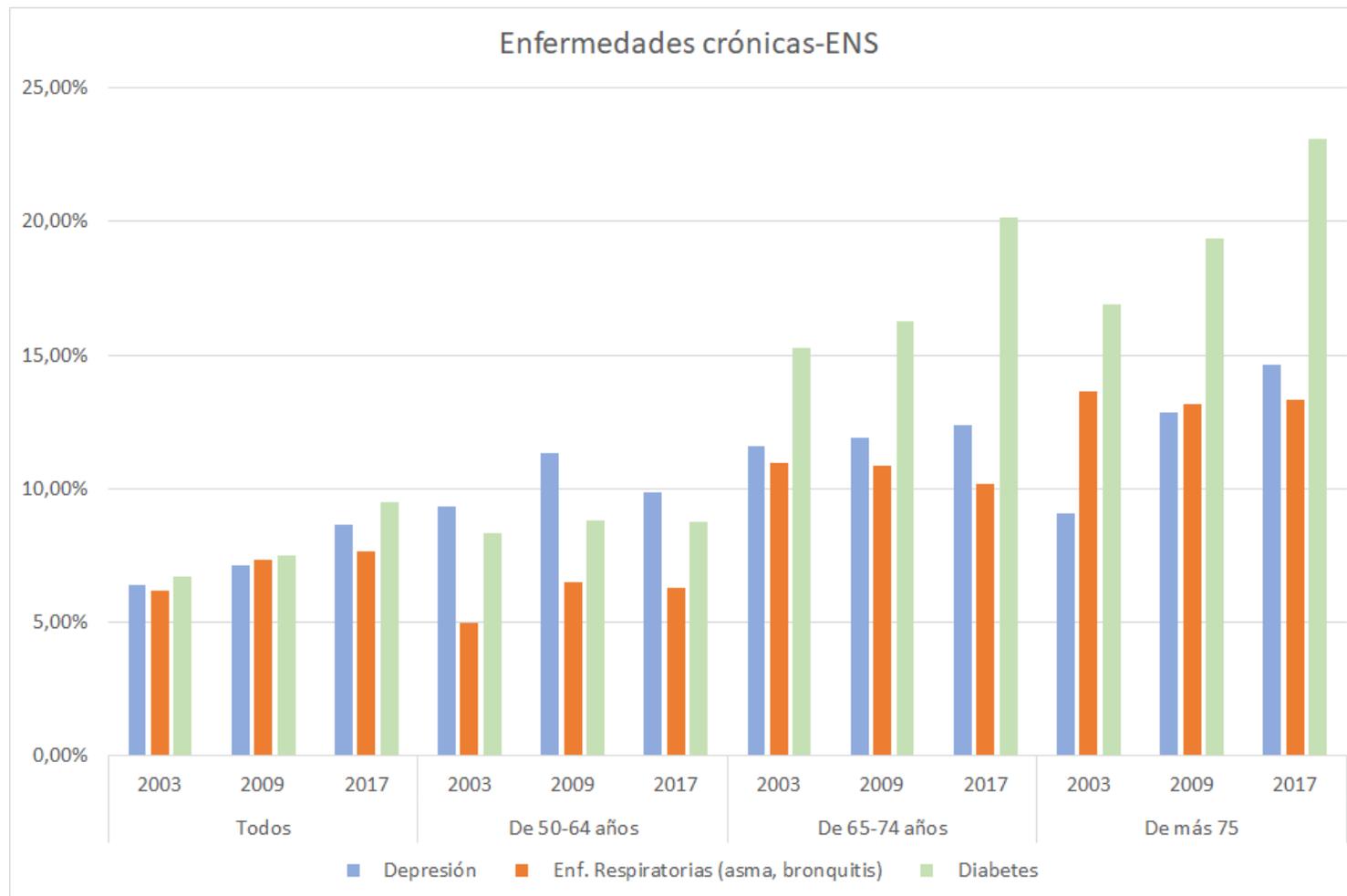
¿Qué podemos esperar de la evolución de la salud en España?



¿Qué podemos esperar de la evolución de la salud en España?



¿Qué podemos esperar de la evolución de la salud en España?



¿Qué podemos esperar de la evolución de la salud en España?

- **Principal conclusión del trabajo:** la crisis, pese al sufrimiento y a la pérdida de bienestar causados, no parece haber afectado de una manera severa a la salud de los españoles ni a la de los extranjeros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental, al menos en el corto plazo.

Crisis económica y
salud en España

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

¿Qué podemos esperar de la evolución de la salud en España?

Tabla 3.50. Evolución de indicadores en salud. Resumen de la evolución y de la situación actual frente a la UE (continuación)

Indicadores	Evolución 2002-2017				Situación actual		
	Pre-crisis	Crisis	Post-crisis		España	UE-28	
Tasa de desempleo (%)	10,0	20,2	21,0	●	19,6	8,6	●
% desempleo de larga duración	27,5	35,7	50,2	●	9,5	4,0	●
Accidentalidad laboral por 1000 ocupados	49,0	32,0	26,0	●	26,7	nd	
Riesgo de pobreza y exclusión social (%)	24,2	26,0	28,6	●	27,9	23,5	●
Tasa de riesgo de pobreza (%)	19,8	20,5	22,2	●	22,2	17,3	●
Privación material severa (%)	4,1	4,9	6,4	●	5,8	7,5	●
S80/S20 (%)	5,4	6,1	6,8	●	6,8	5,2	●
Índice de Gini	31,6	33,5	34,6	●	34,5	30,8	●
Apoyo social funcional percibido (%)	nd	23,6	27,3	●	27,3	nd	

NBER WORKING PAPER SERIES

EVIDENCE FOR SIGNIFICANT COMPRESSION OF MORBIDITY IN THE ELDERLY U.S. POPULATION

David M. Cutler
Kaushik Ghosh
Mary Beth Landrum

Working Paper 10268



Disability and Health Journal 7 (2014) S60–S63

Disability and
Health Journal

www.disabilityandhealthjnl.com

Commentary

Research gaps in the demography of aging with disability

Vicki A. Freedman, Ph.D.

Institute for Social Research, University of Michigan, 426 Thompson Street, Ann Arbor, MI 48106, USA

Abstract

The evidence base regarding the demography of aging with disabilities in the US is growing yet substantial gaps remain. This paper summarizes seven major research gaps identified during a conference held in May 2012: how many adults are aging with disabilities; has survival improved for individuals aging with disabilities; can the notion of active life expectancy help inform understanding of aging with disability; what is the pattern of onset of secondary conditions for individuals aging with disabilities and how might such conditions be prevented and/or their debilitating effects ameliorated; what role has obesity had in shaping the population of individuals aging with disability; how do individuals aging with disability differ from those who develop disability later in life; and what are the long-term consequences of developing disability before late life for subsequent health, functioning, and socioeconomic outcomes. Bridging these gaps is crucial for enhancing understanding of this understudied population. © 2014 Elsevier Inc. All rights reserved.

Keywords: Disability; Aging; Research

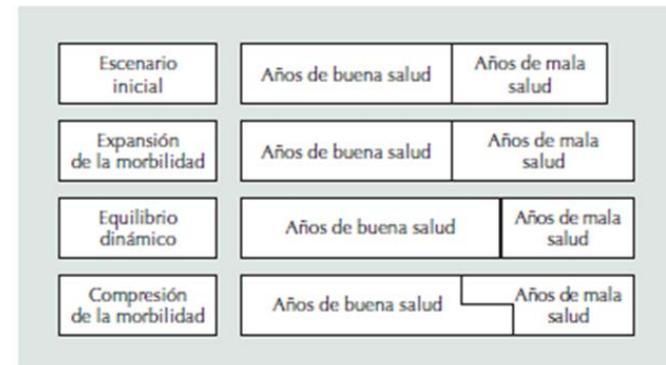


Figura 21.2 Escenarios de compresión/expansión de morbi-dependencia.

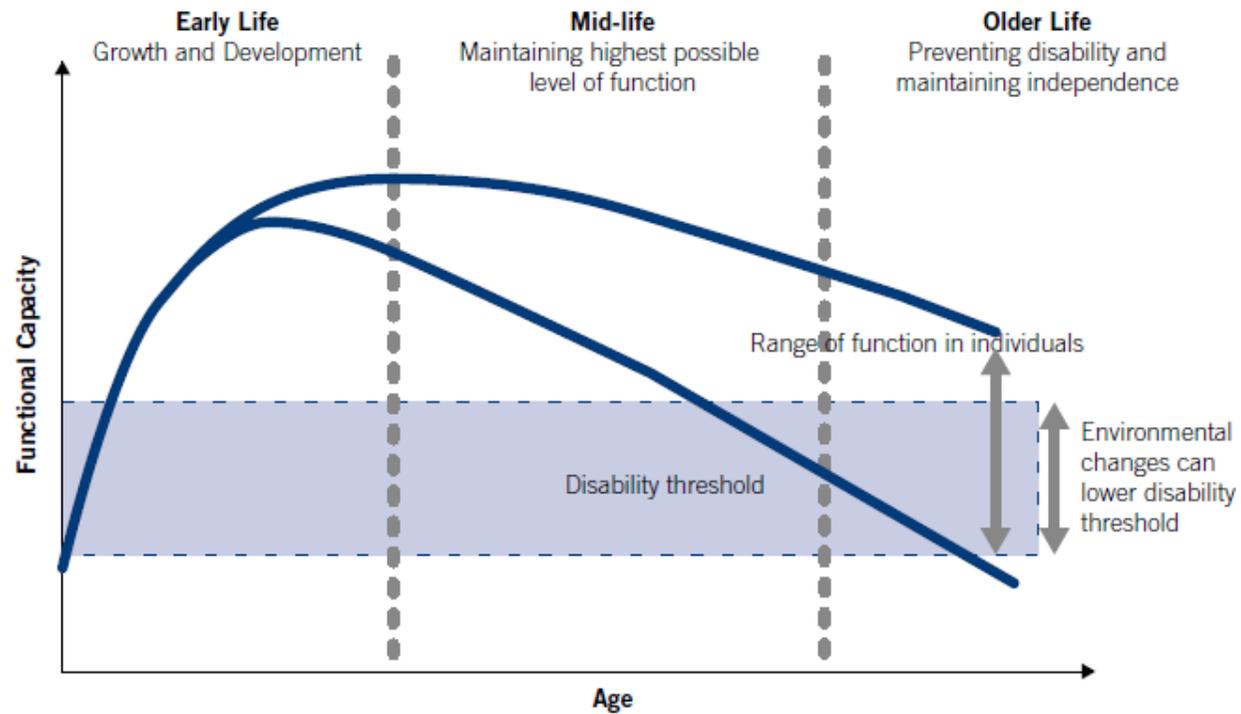
DELSA/HEA/WD/HWP(2007)2
OECD OCDE

...re Disability Among Elderly People:
...nce in 12 OECD Countries and the Future
Implications

Gaëlle Balestat, and the Disability Study
Expert Group Members

... show that functional measures
the person is surveyed. Disease
strong evidence for compression
based on disease-free survival.

Figure 1: WHO Active Ageing Strategy, 2002



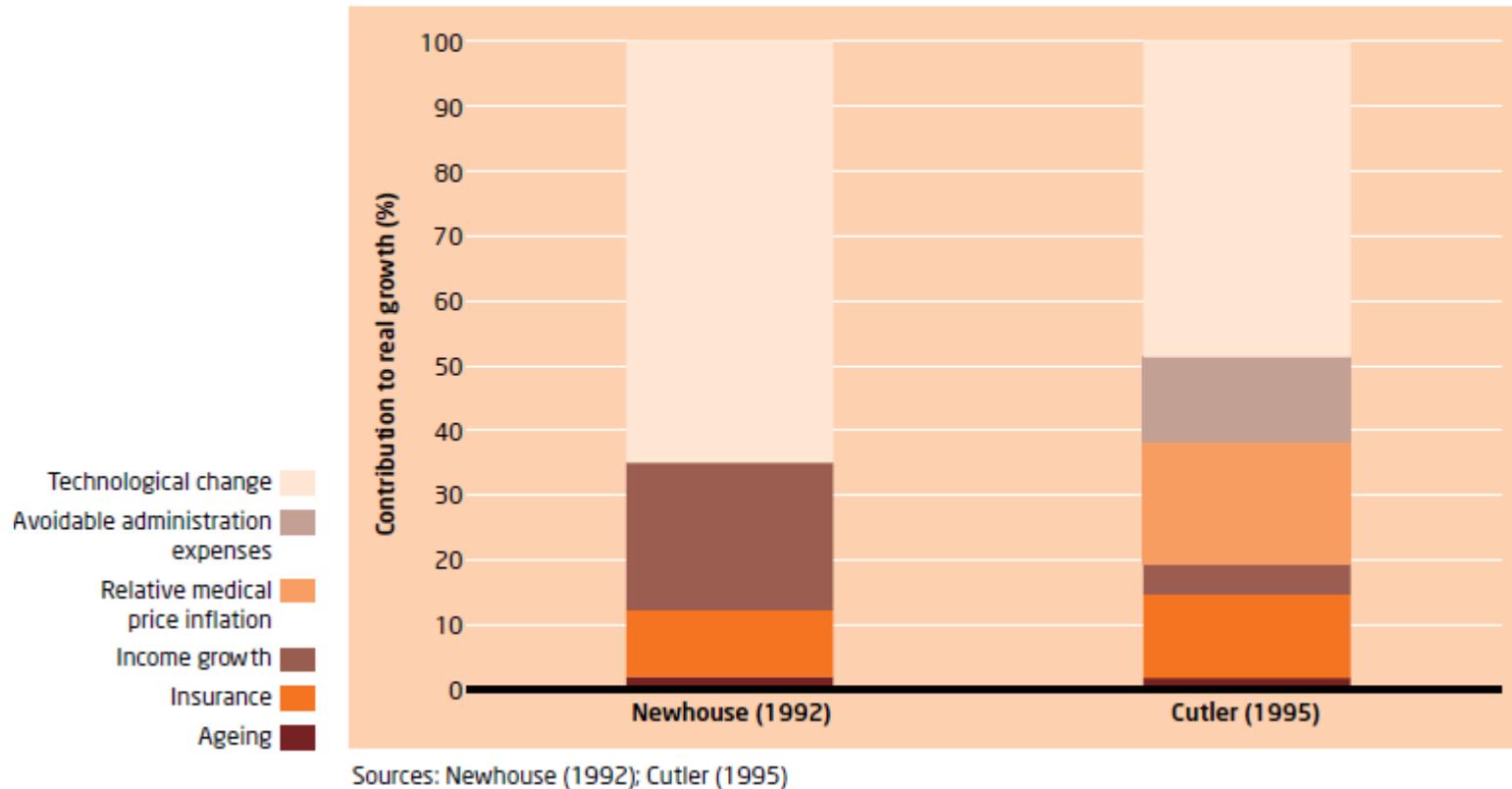
Source: WHO, 2002

Más allá de la demografía...
¿Qué otros elementos hemos
de considerar en nuestros
análisis sobre evolución
futura del gasto sanitario?

Financiación y prestación de servicios sanitarios

- **Elementos poco controlables por los gobiernos (cp, mp, lp)**
 - Fuertes variaciones en la salud de los individuos derivadas de factores biológicos, culturales y sociales.
 - Cambios demográficos derivados del incremento en la esperanza de vida.
 - Expectativas crecientes sobre los servicios sanitarios (presión de la demanda).
 - Precios de las tecnologías sanitarias.
- **Elementos más controlables por los gobiernos (cp, mp, lp)**
 - Incentivos inapropiados para quienes prestan los servicios.
 - Prácticas monopolísticas de quienes prestan los servicios.
 - Estructuras organizativas y de gestión inadecuadas.
 - Mecanismos normativos mal elaborados.
 - Falta de información sobre efectividad y costes.
 - Precios de las tecnologías sanitarias.

Figure 3 Two estimates of causal factors accounting for growth in real per capita US health care spending, 1940–90



Appleby J. Spending on health and social care over the next 50 years. The King's Fund

CAR-T: próxima parada, acceso

MARTA RIESGO
Jefa de sección de El Global

Tras la aprobación en Europa de las primeras terapias de células T con receptores de antígenos quiméricos, los estados se enfrentan al reto de hacer estos novedosos y prometedores tratamientos accesibles para los pacientes. Crear sistemas de financiación novedosos y flexibles se perfila como crucial para un segmento que dispone de un pipeline prometedor.

¿Precio del tratamiento?

¿400.000 \$?

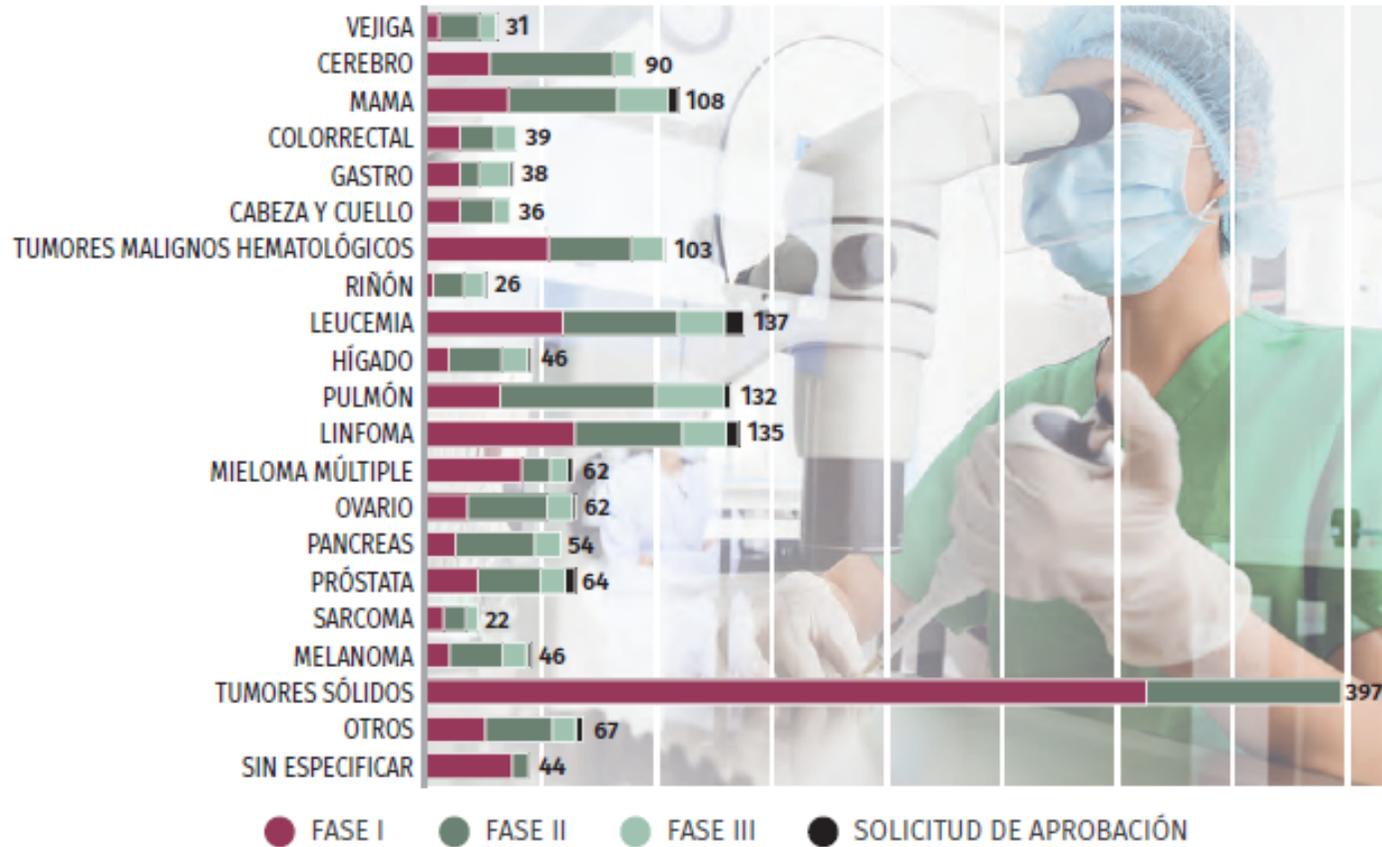
¿80.000 €?

FABRICACIÓN DE UNA TERAPIA CAR-T



FIGURA 1

MEDICAMENTOS EN DESARROLLO EN ONCOLOGÍA



Fuente: PhRMA.

Fuente: López CM, Revista de Economía de la Salud (2019) Vol. 14, núm 1.

Críticas a las pastillas para el corazón de Pfizer que cuestan 200.000 euros al año

5D

EMMA
COURT
(BLOOMBERG)

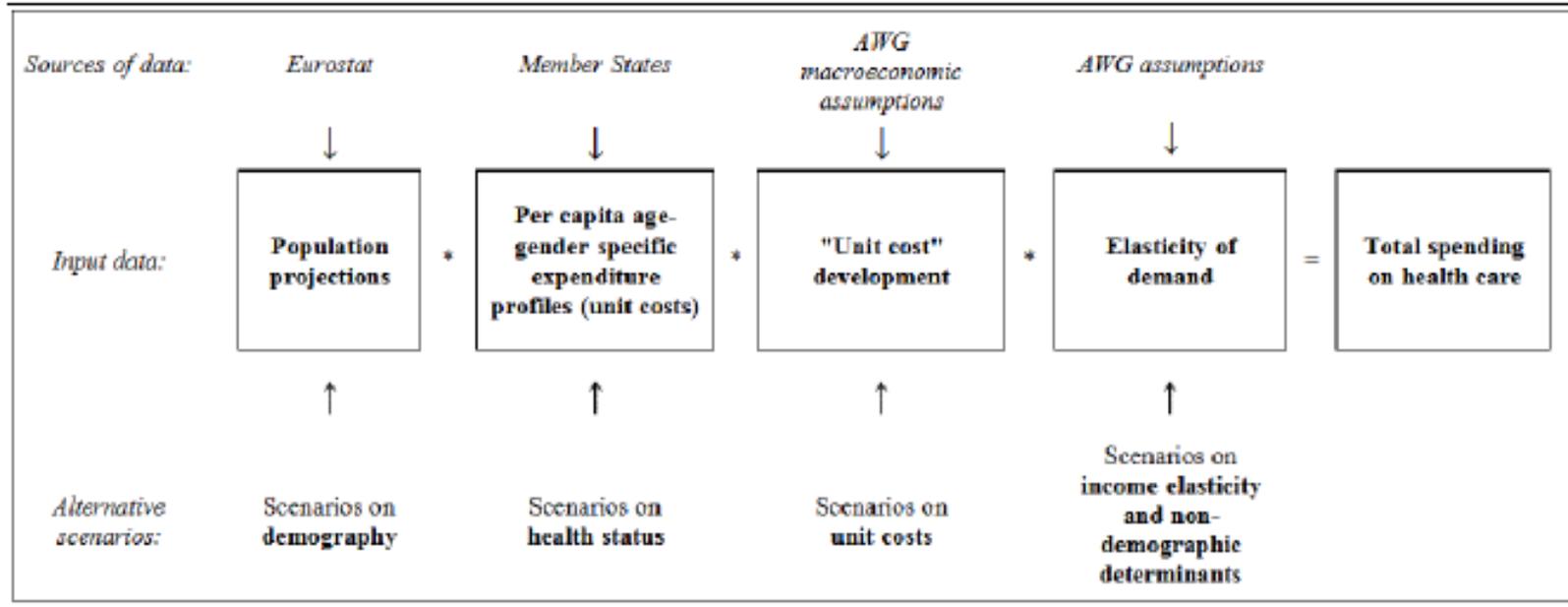
- Los propios médicos que ayudaron a su desarrollo cuestionan el alto precio fijado



https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/11/20/companias/1574237386_017801.html

Ageing Report

Graph II.2.2: Schematic presentation of the projection methodology



Source: Commission services, EPC.

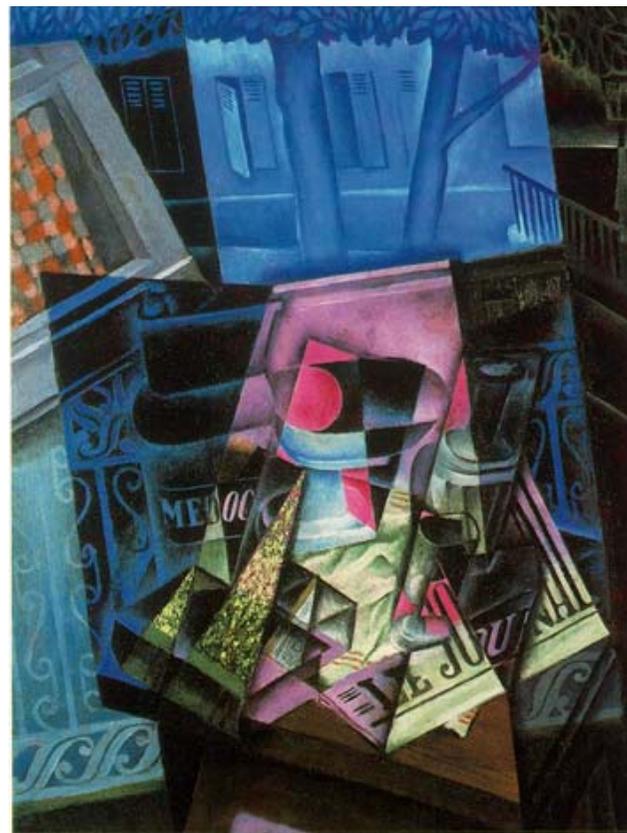
Ageing Report

Table II.2.15: Overview of scenario results - increase in public expenditure on health care over 2016-2070, as pps. of GDP

	AWG reference scenario	AWG risk scenario	Demographic scenario	High life expectancy scenario	Healthy ageing scenario	Death-related costs scenario	Income elasticity scenario	EU28 cost convergence scenario	Labour intensity scenario	Sector-specific composite indexation scenario	Non-demographic determinants scenario	TFP risk scenario	
BE	0.4	0.9	0.8	1.0	-0.2	0.6	1.0	1.0	1.3	2.4	2.1	0.4	BE
BG	0.3	1.3	0.4	0.4	-0.4	0.4	0.7	2.1	1.2	1.5	2.4	0.2	BG
CZ	1.1	1.9	1.4	1.6	0.4	1.0	1.7	1.8	2.5	2.7	3.2	1.0	CZ
DK	1.0	1.8	1.2	1.4	0.4	0.9	1.5	1.2	1.7	3.9	3.0	1.0	DK
DE	0.7	1.5	0.9	1.1	0.1	0.7	1.2	1.0	2.1	1.8	2.6	0.7	DE
EE	0.3	1.1	0.4	0.4	-0.3	:	0.6	1.2	1.0	1.4	2.1	0.2	EE
IE	1.0	1.7	1.1	1.2	0.6	:	1.3	2.2	1.2	1.5	2.4	1.0	IE
EL	1.2	2.0	1.3	1.5	0.7	:	1.5	2.4	0.5	2.6	3.0	1.1	EL
ES	0.5	1.2	0.6	0.7	0.1	0.5	0.8	1.1	0.6	2.2	2.0	0.5	ES
FR	0.5	1.2	0.7	0.8	-0.2	0.5	1.0	0.8	0.8	2.2	2.5	0.4	FR
HR	0.7	1.5	0.9	1.1	0.2	:	1.2	1.9	1.2	1.9	2.1	0.7	HR
IT	0.7	1.1	0.9	1.1	0.2	0.8	1.0	1.0	1.0	1.6	2.1	0.7	IT
CY	0.4	0.6	0.4	0.4	0.2	:	0.4	4.4	0.5	1.0	0.1	0.4	CY
LV	0.6	1.8	0.5	0.6	0.0	:	0.9	3.3	0.8	0.9	2.1	0.5	LV
LT	0.4	1.2	0.5	0.6	-0.1	:	0.8	2.8	0.6	0.7	2.1	0.3	LT
LU	1.2	1.7	1.4	1.5	0.7	:	1.5	2.8	2.1	2.1	2.1	1.1	LU
HU	0.8	1.8	1.1	1.2	0.1	0.8	1.4	2.1	1.5	1.8	3.1	0.8	HU
MT	2.7	4.3	2.8	3.2	1.7	:	3.3	3.5	3.0	4.3	5.9	2.6	MT
NL	0.8	1.4	1.0	1.2	0.3	0.7	1.2	1.1	1.3	2.8	2.4	0.8	NL
AT	1.3	2.1	1.6	1.8	0.6	1.4	1.8	1.6	2.8	2.7	3.3	1.3	AT
PL	0.8	1.7	1.0	1.1	0.3	0.7	1.3	2.5	2.3	1.4	2.7	0.8	PL
PT	2.4	3.3	2.7	3.1	1.5	:	3.0	3.4	3.4	4.7	4.8	2.3	PT
RO	0.9	2.1	0.9	1.1	0.3	:	1.3	2.6	1.8	1.6	3.3	0.9	RO
SI	1.0	2.0	1.1	1.3	0.4	1.0	1.4	1.4	1.7	2.1	3.1	1.0	SI
SK	1.2	2.6	1.5	1.7	0.0	1.3	2.0	2.0	2.4	2.5	4.3	1.1	SK
FI	0.8	1.4	1.1	1.3	0.2	0.9	1.3	1.3	1.3	2.6	2.5	0.7	FI
SE	0.7	1.5	0.9	1.1	0.2	0.6	1.2	1.0	1.6	1.9	2.6	0.7	SE
UK	1.4	2.4	1.7	2.0	0.7	1.4	2.0	1.7	2.3	4.2	3.8	1.4	UK
NO	1.2	2.1	1.5	1.7	0.5	:	1.8	1.6	2.7	4.1	3.5	1.2	NO
EA	0.7	1.4	0.9	1.1	0.1	:	1.1	1.1	1.3	2.1	2.5	0.6	EA
EU*	0.9	1.6	1.1	1.3	0.2	:	1.3	1.3	1.6	2.5	2.8	0.8	EU*
EU27	0.7	1.4	0.9	1.1	0.1	:	1.1	1.2	1.4	2.1	2.5	0.7	EU27
EA s	1.0	1.7	1.1	1.3	0.3	:	1.4	2.0	1.5	2.2	2.8	0.9	EA s
EU* s	0.9	1.8	1.1	1.3	0.3	:	1.4	2.0	1.6	2.2	2.9	0.9	EU* s

Conclusiones

- La evolución demográfica no tendrá un efecto nulo pero tampoco explosivo sobre el gasto sanitario en los países europeos en las próximas décadas.
- Gasto asociado a la edad, no causado por la edad sino por el estado de salud.
- La salud de la población y la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias serán claves a la hora de amortiguar o amplificar los efectos sobre el gasto sanitario.



Conclusiones

- No podemos asegurar hacia qué escenario nos dirigimos. Por ello, la prudencia aconseja no postergar estrategias de salud poblacional con vistas al medio y largo plazo...

...pero corrigiendo desequilibrios y desigualdades que hoy están ya muy presentes.

- Las políticas de salud no pueden considerarse de manera aislada sin el resto de políticas del bienestar (fiscales, pensiones, trabajo, atención a la dependencia,...), al tiempo que la salud debe estar presente en el resto de políticas.

