

El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico. Informe SESPAS 2008

Guillem López Casasnovas* / Ana Mosterín Höpping
Universidad Pompeu Fabra y CRES, Barcelona, España.

(Health expenditure in the context of social expenditure. A generational analysis of tendencies in Spain in the context of demographic aging)

Resumen

La tendencia del gasto social a distribuirse hacia las edades más avanzadas se ha advertido en varios países desarrollados. Mientras el envejecimiento de la población es una tendencia común, no es obvio por qué el cambio en los gastos excede a la propia evolución del envejecimiento, o por qué el gasto aumenta en términos por cápita.

En la primera parte del artículo mostramos que hay indicios claros de esta tendencia en España, identificamos a los colectivos perjudicados, abordamos las políticas que afectan a esta tendencia, y proponemos ajustes basados en la regla de proporciones fija de Musgrave para una distribución intergeneracional más justa. Son las políticas relacionadas con el envejecimiento poblacional, con la inserción laboral de jóvenes y mujeres, y las estrategias del *work-fare*, junto con las más tradicionales del *welfare*.

En la segunda parte insertamos el gasto sanitario público en el conjunto del gasto social. Adoptamos la perspectiva de que las políticas sanitaria y social deberían ser más horizontales, menos dependientes del formato de financiación, y coordinadas con visión intersectorial en su destino e interdepartamental en su origen. El criterio normativo de equidad pretendido debe ser explícito y preciso. Las políticas deben asegurar coherencia entre los distintos tipos de prestaciones públicas, y determinar la cuantía de componentes de bienestar adicionales a los derivados de la renta personal, para compensar su desigualdad mediante prestaciones públicas monetarias o en especie.

En España (1980-2000), el grupo de edad más avanzada ha sido el que ha obtenido unas mayores ganancias, «acaparando» una mayor proporción de recursos, que han aumentado más allá de lo que podría explicarse solamente por el envejecimiento de la población. Los «perdedores» son individuos en diversas condiciones de fragilidad y, en términos medios, la generación de trabajadores más joven es la categoría de edad que ha sufrido las mayores pérdidas relativas.

Palabras clave: Políticas sociales. Equidad intergeneracional. Gasto social.

Abstract

The tendency for public welfare spending to be increasingly aimed at the elderly has been identified in several developed countries. While population aging is a common trend, it is not obvious why the shift in spending exceeds the trend in aging, or why *per capita* spending on the elderly is increasing.

In the first part of the present article, we show that this trend is occurring in Spain, identify the losers from this development, discuss the policies that underlie it, and propose adjustments based on Musgrave's fixed proportions rule for fair intergenerational distribution. These policies aim to manage population aging, labor market participation of youth and women, as well as public policies that combine 'work-fare' strategies with the more traditional 'welfare' strategies.

In the second part of this paper, we explore the contribution of public health expenditure to overall public social expenditure, and analyze the effect of increasing health on distributional fairness. This analysis is guided by our perception that social policy, including health policy, should be more horizontal, i.e. it should take into account the sum total of a mixed basket of resources aimed at any recipient group, to avoid the skewed allocation of resources that arises from compounding various independent distributions of resources. Coordination of the various channels of social expenditure should ensure precisely targeted recipients and cross-departmental sources. The normative fairness criterion to be used should be precisely specified.

In Spain (1980-2000) the oldest segment of the population has gained the most, appropriating an increased share of resources. This increase goes beyond the amount that could be explained by population aging throughout the period. The 'losers' are individuals with different fragility conditions. On average the youngest working group has suffered the highest relative loss.

Key words: Social policies. Intergenerational fairness. Social expenditure.

Correspondencia: Guillem López-Casasnovas.
Universidad Pompeu Fabra y CRES.
Correo electrónico: guillem.lopez@upf.edu

*Hay una versión del trabajo principal de los autores en inglés, pendiente de publicación.

Ideas clave

- Qué se sabía antes de este estudio*
El aumento del gasto sanitario depende de factores de oferta y demanda, como el incremento de servicios ofrecidos o los cambios en la percepción de morbilidad más que de factores demográficos. El envejecimiento de la población de las últimas décadas no explica el aumento del gasto sanitario.
- Qué nuevo conocimiento aporta este trabajo*
El efecto negativo más dramático del cambio observado en el patrón de gastos sociales es de naturaleza intergeneracional. En España ha habido un cambio generacional entre beneficiarios de las políticas sociales entre 1980 y 2000 a favor de las personas de mayor edad. Los trabajadores de más edad y cohortes jubiladas acaparan la mayor parte de los beneficios del crecimiento de la productividad. Los trabajadores jóvenes apenas han mejorado su ingreso relativo y, en término medio, han sufrido las mayores pérdidas relativas.
- Cómo se puede medir la equidad intergeneracional de un país*
Equidad intergeneracional no consiste en enfrentar «jóvenes» a «viejos», sino en asegurar que a lo largo del ciclo de vida unas personas tengan privilegios sobre otras en las prestaciones públicas. La regla de proporciones fijas de Musgrave es una prescripción teórica válida como definición para trabajar sobre la justicia intergeneracional, tomando como criterio primero de necesidad el riesgo de pobreza de los distintos colectivos, ordenados por grupos de edad. Esta regla aboga por repartir cualquier exceso o déficit homogéneamente entre todas las categorías de edad en cada caso.
Debe considerarse en el análisis el conjunto de las prestaciones monetarias y en especie, de gasto social, incluido el gasto sanitario público.
- Qué recomendaciones proponen los autores para las políticas*
En busca de un reparto justo del gasto social, hay que considerar el gasto sanitario y el sociosanitario. Las políticas sociales, la sanitaria incluida, deberían ser más horizontales, centradas en los destinatarios finales, coordinadas (intersectoriales en su destino e interdepartamentales en su origen). Deberían explicitar mejor el criterio normativo de equidad.
- Qué barreras encontrarán esas políticas*
Aunque es más eficiente invertir en niños, en estilos de vida para la salud, en educación y en capital humano en general, el poder político se inclina hacia

los intereses de los mayores, entre otras razones, por la edad media del votante mediano (hoy es de 44 años y en 2050 será de 57 años).

Introducción

Algunos estudios¹ han abordado recientemente, para el caso de Estados Unidos, los cambios relativos en el gasto social según la edad durante el período 1980-2000. Se han centrado principalmente en el cambio del gasto público en bienestar para los ancianos frente a los niños, dos categorías de edad claramente beneficiarias netas de fondos públicos. Su conclusión general es que, a igual cuantía de recursos, se puede esperar que los gastos públicos asociados a los mayores amenacen los compromisos públicos con otros grupos que requieren especial atención de las políticas sociales, y en particular a los niños.

Sin embargo, los resultados comentados sólo coinciden en parte con los de Börsch-Supan², en el período 1990-2001 para 15 Estados de la Unión Europea. Su trabajo muestra que, en porcentaje, el gasto social de colectivos jóvenes y mayores se encuentra estable gracias, sobre todo, al crecimiento conjunto del gasto social, a excepción del caso de Italia. En base capitativa, Börsch-Supan muestra, sin embargo, un crecimiento absoluto para los mayores en términos reales, especialmente meritorio si se considera que el denominador ha aumentado (más ancianos), en lo que se refiere a las proporciones relativas de beneficios apropiados por ambos colectivos, por lo que sí parecería haber una cierta regresión en los últimos años, que puede aumentar en la medida que se estanca el crecimiento del gasto público/PIB en contextos de competencia fiscal internacional³.

Nuestro análisis sobre la tendencia en España en un período de tiempo similar (1980-2000) reproduce este resultado de cambio generacional entre beneficiarios. Como tantos países desarrollados, España está experimentando un fuerte envejecimiento de su población: crece la proporción de jubilados en relación con la población trabajadora. Se podría pensar que los beneficios para el anciano o el jubilado podrían diluirse por un incremento en mayor o menor grado en su número. Sorprendentemente, éste no parece ser el caso, ya que aumenta su participación relativa per cápita, sustituyendo aparentemente recursos de otras categorías de gasto. De este modo, los trabajadores de más edad

³Nótese que, en todo caso, se analizan los beneficios de gasto del estado del bienestar, y no los residuos netos a la vista de la evolución de quién financia qué.

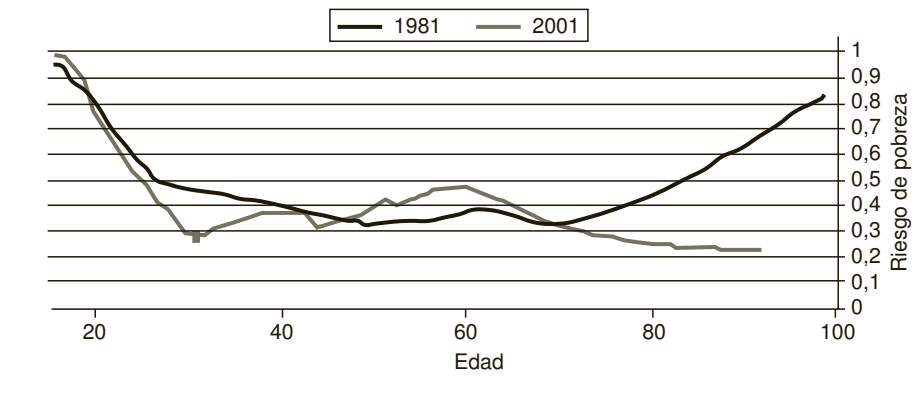


Figura 1. Riesgo de pobreza por grupos de edad. La definición de pobreza que se emplea en el gráfico es el 60% del ingreso medio. Fuente: para 1981: INE, EPF 1980/81; para 2001: PHOGUE.

y cohortes jubiladas acaparan la mayor parte de los beneficios del crecimiento de la productividad durante las últimas décadas, mientras los trabajadores jóvenes apenas han mejorado su ingreso relativo^b.

Sin embargo, un análisis completo y riguroso del fenómeno obligaría a considerar no sólo la posición relativa de unos y otros colectivos en el tiempo, sino también la varianza con la que evolucionan sus situaciones, ya sea en los valores absolutos de su heterogeneidad (p. ej., grado de pobreza), o en la dinámica de su composición, identificando quién ocupa cada categoría (p. ej., si continúan siendo los pobres jóvenes, los mismos pobres de adultos o mayores).

En la primera parte del trabajo analizamos la evolución del bienestar en varias categorías de edad y para diferentes parámetros de los que hay datos disponibles (riesgo de pobreza, ingresos, vivienda y paro), para centrarnos en la segunda en la atención sanitaria.

En la discusión procuramos evitar repetir algunas interpretaciones inciertas y discutibles sobre cuestiones de equidad generacional debatidas en Estados Unidos en los años ochenta y noventa. En cambio, invocamos la regla de proporciones fijas de Musgrave como una definición para trabajar sobre la justicia intergeneracional, comparando la política social española y sus resultados observados y esperados según esta prescripción teórica. Y complementando su análisis, se preconiza el estudio conjunto de las prestaciones monetarias y en especie —entre ellas la del gasto sanitario público— para fijar las posiciones relativas intergeneracionales. El argumento conductor es el de la renta,

^bClaro está que, además de los ingresos monetarios, pueden añadirse otros aspectos en dicha consideración, como, por ejemplo, los diferenciales de formación, capital humano, habilidades... de unos y otros, tanto en su situación relativa en cada momento como en su evolución, así como otros factores ligados al bienestar que inciden en la capacidad adquisitiva real de bienes y servicios.

por lo que el criterio primero de necesidad consiste en identificar el riesgo de pobreza de los distintos colectivos, ordenados por grupo de edad.

Equilibrios generacionales

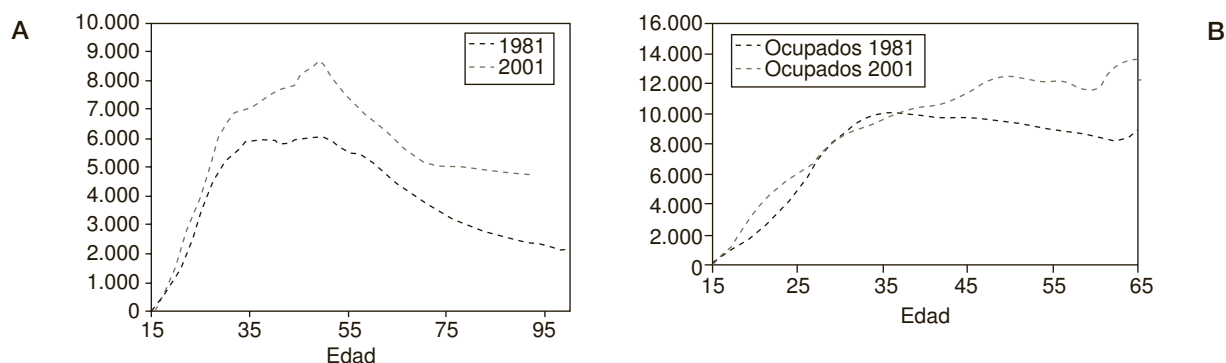
Riesgo de pobreza

Una medida indicativa del bienestar experimental por una cohorte podría ser su riesgo de pobreza específico. El riesgo de pobreza en este contexto se define como la probabilidad de que los ingresos se sitúen por debajo del 60% de los ingresos personales medios totales. Hemos analizado el riesgo de pobreza para todas las categorías de edad durante las dos décadas estudiadas para observar los cambios relativos que se producen.

El riesgo de pobreza disminuye en el tiempo para los individuos con menos de 44 años de edad, así como para los mayores de 70 años (fig. 1). Además, hacia el año 2001, a partir de la edad de jubilación, el riesgo de pobreza no sólo no aumenta, sino que disminuye regularmente con la edad, de modo que los grupos de mayor edad sufren el riesgo de pobreza más pequeño de todas las categorías de edad, en un contraste notable con el escenario de 1981.

Curiosamente, para la franja de edad de 50-65 años, el grupo que ha experimentado la subida de ingresos más fuerte (véase más adelante), el riesgo de pobreza se ha visto incrementado durante este período. Esto es así seguramente debido a las rigideces del mercado de trabajo, que acarrearán una variabilidad insólita en los ingresos obtenidos en esta categoría. Los individuos que en esta edad han mantenido el empleo, reciben generalmente salarios altos y disfrutaban de los privilegios del trabajo acumulados durante muchos años. El paro a largo plazo en este grupo de sujetos hace que no haya

Figura 2. A. Ingresos individuales medios por grupo de edad. B. Ingresos medios de los ocupados por grupo de edad.



un camino de retorno al mercado de trabajo, condenándolos hasta que las pensiones de jubilación terminan por rescatarlos. Hasta esta edad, los datos muestran una gran variabilidad.

La variación en ingresos es más reducida entre los jóvenes, ya que la reforma del mercado de trabajo se ha concentrado en las nuevas incorporaciones y en los trabajadores jóvenes. Por eso, el riesgo de exclusión del mercado de trabajo es menor para los jóvenes, aunque sus salarios sean inferiores.

Renta e ingreso

En la figura 2 a se muestra la evolución en los ingresos según la categoría de edad para los años 1981 y 2001. Una diferencia fundamental destacable es la evolución de los ingresos a partir de la jubilación, anteriormente descendente en 1981 mientras, que en 2001 se mantiene en adelante casi al nivel de la jubilación. Y quizás lo más remarcable sea el fuerte aumento de los ingresos para el grupo de edad de alrededor de los 50 años.

En contraste, hay una mejora relativamente menor de los ingresos para los trabajadores de 20 y 30 años. De hecho, como muestra la figura 2 b, la escasa mejora de los ingresos se debe principalmente a un aumento de la tasa de ocupación para esta categoría de edad. Por tanto, esta categoría tiene en conjunto unos ingresos relativos más elevados, pero sólo a cambio de más horas de trabajo.

De hecho, teniendo en cuenta sólo el empleo, hay una gama de edad (mediados de los 30 años) en la cual los trabajadores jóvenes ganan menos, en términos reales, con su trabajo en 2001 que en 1981, y es solamente la población mayor de 35 años la que se beneficia del aumento de la productividad, como si casi fuera una función creciente con la edad.

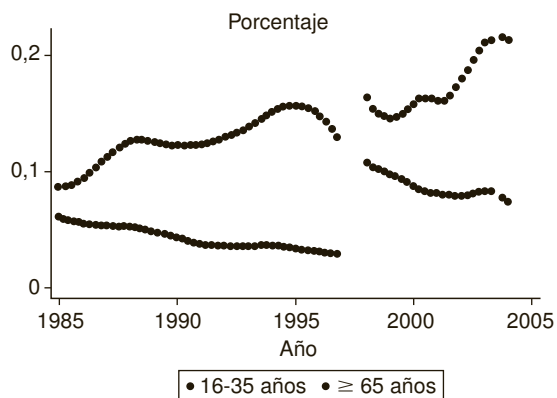
Acceso a la vivienda

Un fenómeno circunstancial no relacionado con la política pública, pero que supone una ventaja relativa en bienestar para los más viejos con respecto a los adultos más jóvenes, es el auge del sector inmobiliario español, que ha hecho que los precios de las propiedades suban vertiginosamente durante estos últimos años. Los pagos de las hipotecas reducen los ingresos netos del trabajo en los propietarios jóvenes en más del 30% en muchas regiones españolas, mientras la generación más vieja pagó su propiedad durante las décadas anteriores a este *boom*.

La propiedad de vivienda en España es alta, animada por incentivos fiscales, y tradicionalmente se encuentra muy codiciada. La regla básica «si usted puede, usted posee» está lo suficientemente arraigada, por lo cual es revelador explorar quién no posee una casa o quién alquila. Lamentablemente, hay una brecha en la «encuesta permanente» y una nueva definición de categorías de arrendamiento en 1997, que conduce a una discontinuidad en las evoluciones relativas (fig. 3). En cualquier caso, es evidente que las propiedades arrendadas por la categoría de edad más joven aumentan tanto como decrecen para las categorías más viejas.

Otra señal proveniente de los datos de vivienda de los adultos jóvenes es la reversión de la tendencia en la emancipación. En 2001 habían dejado la casa paterna menos adultos jóvenes menores de 30 años que en 1981. En 1981 el 37% de la población de 25 años vivía en la casa de sus padres. Hacia 2001 esta proporción había aumentado hasta el 53%. Los adultos no tan jóvenes viven solos o con un compañero, y aún más, comparten casa con otros parientes, amigos y compañeros de habitación. Es difícil explicar el retraso en la emancipación de la casa paterna como una preferencia sin restricción. En cambio, este fenómeno es sin-

Figura 3. Proporción de tenencia de vivienda en régimen de alquiler.



tomático de las condiciones económicas de las cohortes jóvenes actuales.

Gasto en prestaciones por desocupación

Los beneficios por prestaciones de desocupación también se han desplazado hacia los últimos años de actividad. En 1981 el número de jóvenes (16-30 años) en paro era 5 veces mayor que el número de mayores en paro (50-64 años). En 2003 esta relación se dobla. Los beneficiarios del gasto público han cambiado en una proporción mayor de lo que sugieren estas cifras de desempleo absolutas, ya que los jóvenes en paro se encuentran a menudo buscando su primer trabajo y, por tanto, no tienen derecho a estas prestaciones.

Retornos a las contribuciones públicas por pensión

También calculamos los retornos en la seguridad social o los pagos por jubilación para varias cohortes, contemplando todas las deducciones de ingresos de la seguridad social durante una vida laboral estándar y calculando o estimando la suma de los pagos de pensión por vejez. Comparamos unas cohortes nacidas alrededor de 1940 con unas cohortes nacidas alrededor de 1970. Los retornos implícitos que resultarían si estos pagos se obtuvieran por un sistema único han disminuido en un 40-50% para las cohortes más jóvenes de

1940, comparadas con las cohortes que recientemente se retiraron en los años noventa.

En un análisis separado encontramos que entre 1980 y 2005 la relación entre la pensión media y el sueldo medio ha aumentado del 38 al 43%⁶.

En resumen, hemos analizado hasta el presente algunos componentes de la riqueza y el bienestar por categorías de edad y en el tiempo, reflejados en diferentes parámetros principales para los cuales hay datos disponibles. Esto no debe entenderse en términos de «jóvenes contra viejos» en éste o en cualquier momento. Más bien, la equidad generacional debe entenderse de forma dinámica y temporal; no hay dos clases de personas, pero sí diferentes etapas en el ciclo vital de cada individuo. Tal como hay principios válidos para maximizar la utilidad individual sobre el ciclo vital, como el alisamiento del consumo, o para mejorar el bienestar social, como el justo equilibrio entre equidad y eficiencia, debería haber un modo práctico de medir los efectos de bienestar generados por un patrón de fluctuaciones intergeneracionales.

Un modelo dinámico de equidad intergeneracional es la regla de proporciones fijas de Musgrave, recientemente redescubierta de nuevo por Esping-Andersen y Myles en 2002³. Este modelo no hace ninguna prescripción normativa absoluta sobre cómo el bienestar debería distribuirse en el ciclo vital. En cambio, proporciona una fórmula para asegurar la equidad intergeneracional. Propone definir una distribución de ingresos o consumo de prestaciones sociales deseable a lo largo del ciclo vital. Si la pensión debe ser relativamente escasa o debe incrementarse y ser relativamente costosa en relación con las etapas más tempranas de la vida, la *ratio* adoptada debería mantenerse en el tiempo y en las distintas generaciones. Obviamente, esta relación no puede fijarse de manera exacta, ya que los fondos disponibles fluctúan con las tendencias demográficas y los choques en la productividad. La regla de proporciones fijas de Musgrave prevé estas fluctuaciones y aboga por repartir cualquier exceso o déficit homogéneamente entre todas las categorías de edad en cada caso.

Nuestro trabajo no pretende en todo caso solucionar los «desequilibrios» de acuerdo con la regla anterior, sino fijar simplemente un referente de acuerdo con las observaciones realizadas.

Las más específicas al gasto sanitario se ofrecen a continuación.

Gasto sanitario

El gasto público español en atención sanitaria está principalmente compuesto por atención hospitalaria y servicios de especialista (54%), productos farmacéuticos (21%) y servicios de atención primaria (15%)⁴.

⁶Origen de los datos. Para los salarios medios hasta el año 2000: INE, Encuesta de Salarios en la Industria y los Servicios. Desde 2001 en adelante: INE, Encuesta Trimestral de Coste Laboral (ETCL), salarios para obreros, ambas jornadas, todos los sectores. Para las pensiones medias: INSS, Memorias 2007; p. 277.

Figura 4. Altas hospitalarias por edad en porcentaje del total de altas en 1987. Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística, 1987.

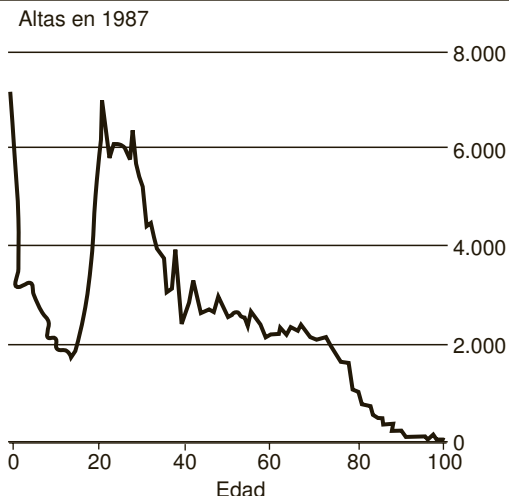
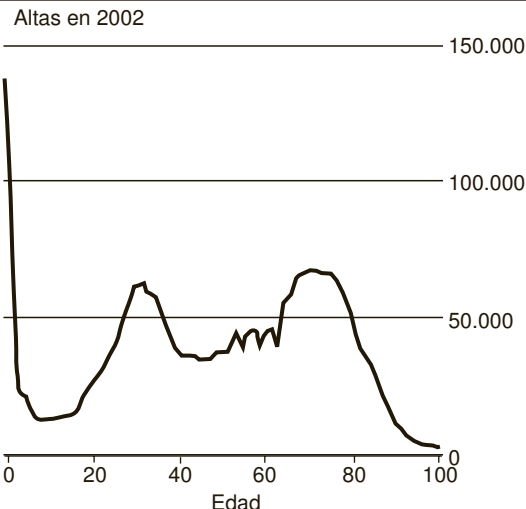


Figura 5. Altas hospitalarias por edad en porcentaje del total de altas en 2002. Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística, 2002.



En esta sección analizamos la evolución del gasto hospitalario por grupos de edad entre 1987 y 2002. A partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE computamos para cada grupo de edad el número de altas, la media de días de estancia por cada ingreso y el total de días de ingreso.

En 1987 los ingresos hospitalarios se disparan para las edades de maternidad, y a partir de ahí se observa un descenso prácticamente monótono. En 2002, en cambio, el número de ingresos hospitalarios de jubilados excede al de las parturientas (figs. 4 y 5).

Los gráficos de las figuras 6 y 7 repiten la información de las anteriores suprimiendo las altas de recién nacidos.

La estancia en el hospital se reduce drásticamente para todos los grupos de edad entre 1978 y 2002. El descenso relativo es mayor para los grupos de edad más avanzados (fig. 8).

Aun así, el fuerte incremento de ingresos hospitalarios de personas mayores domina este descenso. Los días de estancia hospitalaria anuales suben con la edad hasta los 75 años. En las figuras 9 y 10 se aprecia que el servicio hospitalario medido en días de ingreso se repartía de forma bastante uniforme sobre los grupos de edad en 1978, y en 2002 la estancia hospitalaria sube en función de la edad, de modo que los mayores de 60 años ocupan la mayor parte de días de estancia.

En 1978 el número de días de ingreso hospitalario de personas de 60 años o más representa el 50% del volumen de días de estancia de los menores de 60. En 2002 es del 123%.

Otros trabajos apuntan que, entre 1985 y 1994, el grupo de edad de 55-65 años aumentó su utilización hospitalaria en un 20%, y el grupo de mayores lo in-

crementó en un 52%. El porcentaje explicado por el envejecimiento relativo neto (más ciudadanos en dichos grupos de edad) fue, en el análisis, muy pequeño, del 3 y el 15% del total, respectivamente. Para menores de 44 años, la utilización hospitalaria se mantuvo estable, y para el grupo de entre 15 y 24 años, disminuyó⁵. De los determinantes de la mayor utilización se descarta el empeoramiento del estado de salud: desciende la mortalidad en cada grupo, hasta edades muy avanzadas; la prevalencia de trastornos crónicos disminuye o se estabiliza, y la esperanza de vida libre de incapacidad aumenta con mayor rapidez que la esperanza de vida total. Posiblemente, en la utilización de estos servicios influya

Figura 6. Altas hospitalarias por edad en porcentaje del total de altas en 1987 (excluyendo las altas de recién nacidos). Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística, 1987.

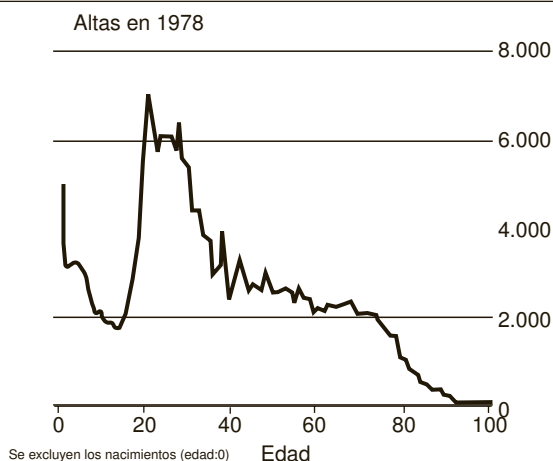


Figura 7. Altas hospitalarias por edad en porcentaje del total de altas en 2002 (excluyendo las altas de recién nacidos).
Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística, 2002.

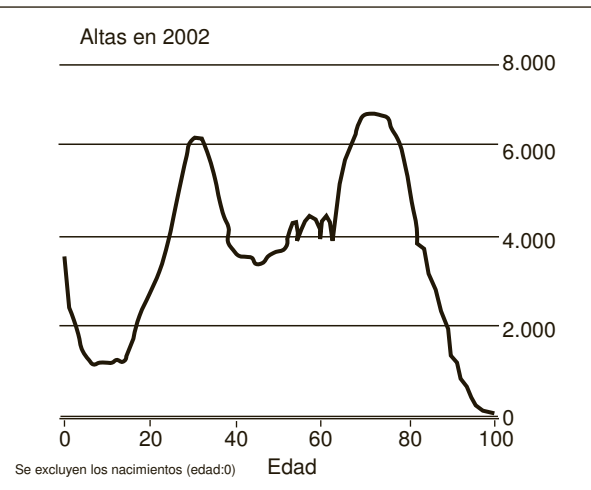
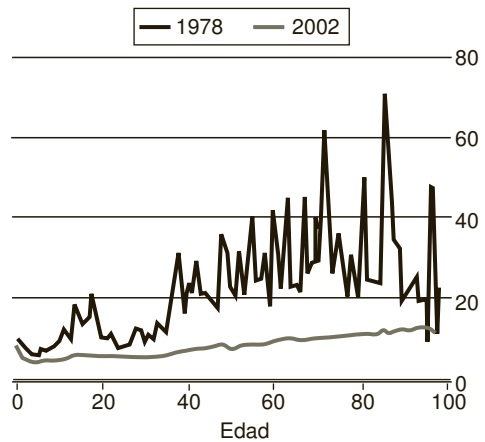


Figura 8. Estancia hospitalaria media en días.



la capacidad de beneficiarse de intervenciones nuevas, aunque no necesariamente haya aumentado la efectividad de los tratamientos. Se deduce que el aumento del gasto sanitario depende más de factores de oferta y demanda, como el incremento de servicios ofrecidos, y la mayor percepción de morbilidad y de la capacidad de beneficiarios que de factores demográficos. Entre 1986 y 1998, Castells et al (Informe SESPAS, 2002), calculan que, específicamente, el envejecimiento relativo explica un tercio de la variación observada, y los cambios en la utilización justificarían un 60% de la variación (un 15,1 del 27,2% observado).

En cualquier caso, conviene recordar que no es en sí mismo el envejecimiento el que fuerza un determi-

nado crecimiento del gasto sanitario, sino la respuesta que a éste se le da desde los dispositivos asistenciales. En efecto, la proximidad a la muerte (los meses anteriores) acumula buena parte de lo que supone el gasto sanitario de un individuo a lo largo de su vida. Tanto en la pluripatología como en la cronicidad aguda, la oferta sanitaria despliega sus máximos esfuerzos de curar y cuidar, alejándose de la racionalidad de los beneficios y costes de las alternativas emprendidas en los márgenes. Reconocido lo anterior, la preocupación por el impacto que puede suponer el envejecimiento demográfico en el crecimiento futuro del gasto sanitario continúa incentivando nueva y mejor investigación.

Figura 9. Estancia hospitalaria en días por grupo de edad

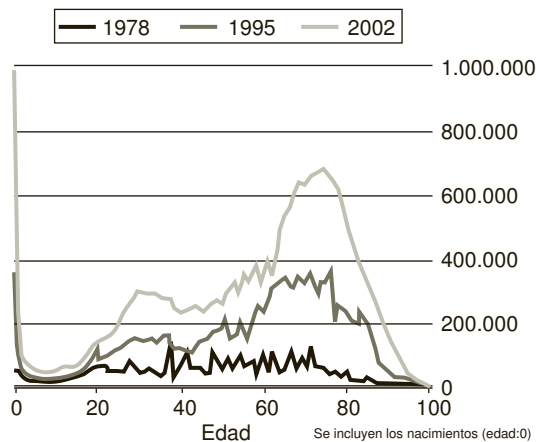
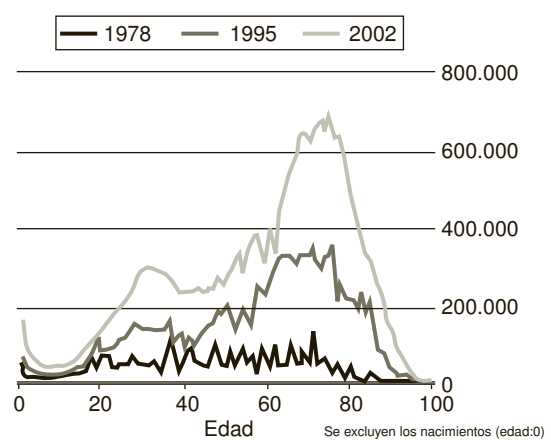


Figura 10. Estancia hospitalaria en días por grupo de edad



Ciertamente, los cálculos predictivos que separaban entre población menor y mayor de 65 años, y aplicando a cada grupo un determinado coeficiente, eran inciertos, dado que el punto de corte de edad tenía escasa justificación, particularmente en una dinámica de compresión relativa de la morbilidad, y al suponer una linealidad entre gasto y edad fuera de toda lógica o intuición.

En realidad, hoy sabemos que se combinan en el proceso de consumo de recursos los efectos de morbilidad (prevalencia) y de mortalidad (consumo de recursos en el entorno del período que antecede a la muerte), relativos (menor necesidad esperada de consumos por un mejor estado de salud) y absolutos (afectan a más individuos), estáticos (dada la tecnología disponible) y dinámicos (efectos temporales y de puntas de consumo ante el cambio tecnológico), medios (para los crecimientos tendenciales de población y recursos) y marginales (por encima previsiblemente de los medios para los individuos que sobreviven cuando antes fallecían, aunque en situación más aguda o crónica a futuro), estructurales (tendencias de crecimiento poblacionales y de esperanza de vida) y coyunturales (efectos en natalidad de ciclos sociales momentáneos). Por último, y por supuesto de mucha más difícil aproximación, resulta la incidencia respecto a las consecuencias de la edad y la calidad de vida de determinados factores, como la evolución de los estilos de vida (obesidad, riesgos ambientales, etc.) y culturales (el derecho a la muerte digna en testamentos vitales jurídicamente aceptables).

Dos son los efectos que cabe considerar: *a)* los ciudadanos experimentan los años finales de su vida a una edad más avanzada, y *b)* la composición de la población cambia a favor de un mayor porcentaje de individuos en estadios cercanos al «*exitus*» debido al impacto coyuntural de la ola de nacimientos que en su momento representó el *baby boom*. Para ello hay un componente de morbilidad (recursos consumidos por quienes sobreviven) y de mortalidad (por quienes fallecen). Los deslizamientos de la edad en el tiempo afectan a ambos componentes, que no pueden considerarse, por tanto, de modo estático. Tres elementos temporales pueden incidir además en el conjunto: el año de observación (como reflejo del estado de la tecnología médica), los años de vida y la edad, que impacta en la morbilidad de modo no correlacionado con la mortalidad y que sólo puede identificarse con información separada sobre la esperanza de vida restante para el individuo.

Nótese, sin embargo, que los valores de complemento predictivo ya no tienen tanto un alcance exógeno (deslizamiento de la estructura demográfica) como endógeno en el modo que responden los sistemas de salud a los nuevos retos asistenciales (unidades paliativas frente a intensivas, crónicos, domiciliarios, etc.), todos ellos con un efecto multiplicativo sobre la variación demográfica primaria.

En este sentido, los trabajos de Zweifel et al⁶⁻⁹ probablemente han fijado el terreno de juego futuro para una mejor comprensión del fenómeno comentado, del que nos limitamos aquí únicamente a recoger de modo empírico las prácticas observadas.

Discusión

La distribución de riqueza y bienestar y el gasto social por categorías de edad ha cambiado considerablemente. Éste no es por sí mismo un motivo de preocupación. Simplemente es la consecuencia de que ha aumentado la esperanza de vida y ha mejorado la salud, coincidiendo con otros acontecimientos y factores sociales, y también en el modo de vida de estas últimas décadas, que han traído una nueva valoración del bienestar a lo largo del ciclo vital, y que han propiciado una moderación del factor de descuento colectivo para tener un período ampliado de recompensa final de una vida laboral relativamente más austera (relativo se refiere aquí simplemente a las proporciones de recursos asignados a las dos fases de vida, la una en relación con la otra). ¿Qué puede haber de erróneo en esto? Después de todo, el cambio social significativo en las pasadas décadas, como los cambios en educación y ocio, el modelo de matrimonio y la composición de la familia han coincidido con cambios biológicos, como la altura, la vida útil, más capacitación, etc. Si los países democráticos desarrollados con sistemas sociales liberales y sistemas financieros desplegados simultáneamente muestran esta tendencia de concentración de la asistencia social hacia la vejez, quizás los economistas solamente deberíamos estar preparados y tomar nota de la preferencia colectiva revelada.

Sin embargo, esto merece una exploración de los motivos subyacentes y las consecuencias que tal desarrollo implica, e identificar los criterios de eficiencia y distribución longitudinal que puedan modelar el bienestar intergeneracional, de la misma manera que las cuestiones sobre distribución y eficiencia se tienen en cuenta para el análisis del bienestar de la población en cualquier punto fijo del tiempo. En ningún caso debe este ejercicio quitar mérito a la necesidad de mejorar la distribución de bienestar dentro de cualquier categoría de edad, y tampoco implica una negación de las cuestiones de bienestar corrientes «transversales».

En todas las partes de nuestra investigación hemos observado defectos bien documentados en la distribución de la política de bienestar corriente dentro de bolsas de pobreza en todas las categorías de edad, en particular entre padres solos, inmigrantes y viudas. En otras palabras, hay una desigualdad intrageneracional y una variabilidad excesiva en la asistencia social. Varios parámetros demográficos señalan la pre-

sencia de colectivos que justificarían un estudio por separado.

El efecto negativo más dramático del cambio observado en el patrón de gastos sociales es, sin embargo, de naturaleza intergeneracional. Nuestra crítica a la política social que sostiene las tendencias observadas en España se basa en el principio de Musgrave. El problema es que estas políticas no se adaptan a las circunstancias de forma natural y flexible, y a menudo se quedan atrás, en particular en los casos que requieren la distribución de un déficit o que en términos por cápita suponen una disminución. El retraso en la introducción de reformas en el sistema de pensiones es un buen ejemplo. Una postura pasiva por parte de los políticos que permita la acumulación de déficit, de efectos severos pero difusos, no se enfrenta a la resistencia social concentrada con la que topa cualquier reforma cuyos afectados y plazos están bien definidos.

Un patrón de reforma que frecuentemente se ha seguido en España es el cese paulatino de un sistema obsoleto firmemente enraizado. Por ejemplo, las sucesivas reformas del mercado de trabajo cambian y liberalizan las normativas sobre el empleo para nuevos entrantes al mercado de trabajo que no conocían nada mejor, mientras los trabajadores más veteranos consiguen mantener intactos sus privilegios, protecciones y ventajas ineficientes literalmente por «antigüedad». Aunque la reforma sea buena, y tarde o temprano se aplique a todos los trabajadores, durante algunas décadas provoca que las ganancias de productividad fluyan de los trabajadores más jóvenes hacia los más viejos. Generalmente, cuando una oficinista se retira es sustituida por un trabajador más joven con la mitad del sueldo anterior.

Todo apunta a que una generación (la generación del *baby boom*) en su ciclo vital se verá afectada por varios shocks del mismo signo, que no se compensarán entre ellos. Al contrario, sus efectos se sumarán de forma que esta generación terminará soportando una porción excesiva en la carga demográfica, y privándolos de una cuota intergeneracionalmente justa, de los aumentos de productividad. La prolongada dependencia financiera de su juventud, debida a su incorporación al mercado laboral en esta fase inicial de la reforma laboral y a la situación inmobiliaria, la severa carga laboral y los compromisos sufridos en la planificación familiar que observamos, no serán finalmente compensados con una jubilación de oro. Cuando esta generación alcance la edad de jubilación sus privilegios serán también recortados. En general, esta generación no experimenta una reasignación de bienestar durante su ciclo de vida, sino una pérdida absoluta en términos de justicia intergeneracional según la regla de Musgrave.

Tres posibles motivos explicarían el cambio observado: a) la administración presupuestaria verticalmente separada; b) el poder político y la composición del

votante, y c) las prestaciones monetarias contra el tipo de beneficio definido.

La primera razón es la fragmentación en la asignación de los fondos sociales por parte de las distintas autoridades administrativas, que ha venido a complicar una descentralización de la competencia del gobierno central a la esfera local. Una distribución del presupuesto social entre administraciones permite observar en España que, por ejemplo, la discusión política sobre la conveniencia de una exención del copago en medicinas para pensionistas se lleva a cabo sin tener en cuenta el nivel o la tendencia en las retribuciones de la pensión. Se considera competente a la autoridad sanitaria, sin tener en cuenta la relación con el sistema de pensiones. Las reasignaciones de fondos se llevan a cabo consecuentemente entre cohortes destinatarias de competencias administrativas, y dentro de un territorio con una autoridad, antes que transversal o intrageneracionalmente.

Otras razones para el desplazamiento en la distribución de los gastos públicos a lo largo del ciclo vital son la composición de votante, y las prestaciones monetarias contra el tipo de definición de los beneficios. Desde el punto de vista de la eficiencia, hay una ventaja clara en la inversión en niños, en estilos de vida para la salud y en educación y capital humano en general. Sin embargo, hay circunstancias que inclinan el poder político fuera de éstos. La media de edad del votante promedio se sitúa hoy en 44 años y las proyecciones para 2050 la sitúan en 57. Los jubilados muestran un índice medio de apoyo a la política económica (en favor de más gasto público) un 30% superior al de los jóvenes¹⁰.

Finalmente, el sistema público de pensiones es un sistema de beneficio definido, con los gastos en prestaciones monetarias determinados. Los beneficios destinados a las cohortes más jóvenes tienden a ser definidos esencialmente de manera residual, como la provisión de educación, el soporte a la familia, y los programas de inserción en el mercado de trabajo, o la inversión pública en vivienda, una vez abonada la cuenta de los devengos de las pensiones contributivas y del gasto universalista (la sanidad en particular), lo que los hacen mucho más propensos a la dilución ante el marco de una disminución del gasto en su conjunto.

Si la justicia entre generaciones fuera asumida como un objetivo político explícito, los medios para conseguirlo deberían conllevar una comprensión clara del concepto dinámico. Las herramientas para conseguirlo incluyen las siguientes: a) una reforma más gradual y de ajustes del gasto social o de la legislación que afectan a la distribución de la asistencia social, cuando la tendencia a largo plazo requiere estos ajustes; b) un sistema de contabilización horizontal que analice la situación de la asistencia social de los grupos específicos y bandas de edad seccionadas a través de la administración del

presupuesto vertical, con descriptores de los sumatorios de los recursos y los efectos obtenidos, y c) la consideración del gasto social en su conjunto (prestación en especie y monetaria, en forma de gasto o de deducción fiscal, impuesta por la vía regulatoria o presupestaria). El gasto sanitario, dentro de esta nueva lógica, debería buscar su contribución al bienestar social aceptando los *trade-offs* o balances entre otras políticas igual o más efectivas para dicha finalidad, centrándose más en sus efectos sobre los destinatarios que en la oferta instalada y la capacidad del status quo para presionar de modo parcial a favor de un determinado tipo de gasto.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer el trabajo de apoyo de Biel Ferragut, investigador del CRES-UPF.

Bibliografía

1. Newacheck PW, Benjamin AE. Intergenerational equity and public spending. *Health Affairs*. 2004;23:142-6.
2. Börsch-Sepan A. European Welfare State Regimes and their generosity toward the Elderly. The Levy Economics Institute of Bard College. Working paper no. 479, November 2006.
3. Esping-Andersen G, editor. *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuentas satélite del gasto sanitario público 1998. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario/tablasEstEGSP/home.htm>
5. Gornemann IE, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2002;16:156-9.
6. Steinmann L, Telser H, Zweifel P. Ageing and future health care expenditure: a consistent approach, *Forum for Health Economics & Policy*. 2007;10. Disponible en: <http://www.bepress.com/fhep/10/2/1>
7. Zweifel P, Steinmann L, Eugster P. The Sisyphus Syndrome in Health Revisited. *Int J Health Care Finance Econ*. 2005;5:127-45.
8. Zweifel P, Ferrari M. Is there a sisyphus syndrome in health care? En Zweifel P, French M III, editores. *Health economics world-wide. Developments health economics. A public policy series vol. 1*. Boston: Kluwer Academia; 1992.
9. Zweifel P, Felder S, Meier M. Ageing of population and health care expenditure. A red herring? *Health Economics*. 1999; 8:485-96.
10. Sáez Lozano JL. Actitudes de los españoles hacia la hacienda pública. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. *Serie economía*. 2006;22:3-44.