

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

Guillem López Casasnovas<sup>1</sup>  
Ana Mosterín Höpping

## Resumen

La tendencia en los gastos sociales se dirige cada vez más hacia el envejecimiento, tal como ha sido advertido en distintos países desarrollados. Mientras el envejecimiento de la población es una tendencia común, no es tan obvio, sin embargo, el por qué el cambio en los gastos excede a la propia evolución del envejecimiento o, dicho de otro modo, por qué el gasto por cápita supera el aumento de la población anciana. Mostramos en la primera parte del trabajo que existen indicios claros de que España camina en esta dirección, identificamos a los colectivos que quedan relativamente rezagados de este desarrollo, abordamos las políticas que son la base de esta tendencia, y proponemos ajustes basados en la regla de proporciones fija de Musgrave para una distribución intergeneracional más justa. Dichas políticas se relacionan con el envejecimiento poblacional, los retos de inserción de jóvenes y mujeres en el mercado de trabajo y la interrelación de las estrategias del ‘work-fare’, junto con las más tradicionales del ‘welfare’ en el diseño de las políticas públicas.

Desde esta óptica, en la segunda parte insertamos el gasto sanitario público en el conjunto del gasto social, con el propósito de contextualizar las crecientes demandas sanitarias en los anteriores ejes para un reparto ‘justo’ del gasto social. Guiará el conjunto del análisis la perspectiva de que las políticas sociales, la sanitaria inclusive, debieran de ser más horizontales, centradas en los destinatarios finales (para qué, y no según quién y cómo se asignan los recursos), coordinadas (intersectoriales en su destino e interdepartamentales en su origen)<sup>2</sup>, con unos referentes más específicos (criterio

---

<sup>1</sup> Existe una versión del trabajo principal de los autores en inglés, pendiente de publicación. Los autores desean agradecer el trabajo de apoyo de Biel Ferragut, investigador del CRES-UPF.

<sup>2</sup> Muy ilustrativa es la frase (Richard Smith, editor del *British Medical Journal*, Dec 2002; 325: 1432 – 1433) que a continuación se recoge: *Spend (slightly) less on health and more on the arts Health would probably be improved: The British government spends about £50 billion a year on health care and £300 million supporting the arts. My contention is that diverting 0.5% of the healthcare budget to the arts would improve the health of people in Britain. Such a move would of course be highly unpopular. When asked whether a tax financed increase in spending*

normativo de equidad pretendido). Estas deberán ser coherentes (entre distintos tipos de prestaciones públicas) y así integradas en aquellos componentes de bienestar adicionales a los derivados de la renta personal, a cuya varianza intentan de hecho compensar las políticas sociales, a través del establecimiento de prestaciones públicas, monetarias o en especie.

En el caso de España, y para el período analizado (1980-2000), el grupo de edad más avanzada ha sido el que ha obtenido unas mayores ganancias durante este periodo de tiempo, ‘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’ en este caso son individuos en diversas condiciones de fragilidad a lo largo de la población, siendo, en términos medios, la generación de trabajadores más joven la categoría de edad que ha sufrido las mayores pérdidas relativas.

## **I.- Introducción**

Pati et al. y también Newachek et al. (2004)<sup>3</sup> han abordado recientemente para el caso de EE.UU. los cambios relativos en el gasto social según la edad durante el periodo 1980 - 2000. Ellos se centraron principalmente sobre el cambio del gasto público en bienestar para los ancianos versus los niños, siendo estas 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-Supan (2006), en el período 1990 – 2001 para 15 Estados de la Unión Europea. Su trabajo muestra que en % 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, los autores muestran, sin embargo, un crecimiento para los mayores absoluto en términos reales, especialmente meritorio si se considera que el denominador ha aumentado (más ancianos), en lo que se refiere a las proporciones

---

*on health would be good for the country as a whole, 74% say yes. Only 7% say yes for increased spending on culture and the arts.*

<sup>3</sup> Véase Health Affairs, Sep/Oct el vol. de 2004 23, Iss. 5

relativas de beneficios apropiados por ambos colectivos, por lo que sí parecería existir una cierta regresión en los últimos años, que puede predecirse aumentará en la medida que se estanca el crecimiento del gasto público/PIB en contextos de competencia fiscal internacional<sup>4</sup>.

Nuestro análisis sobre la tendencia en España en un periodo 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, creciendo la proporción de jubilados en relación a la población trabajadora. Uno 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, este no parece ser el caso, aumentando su participación relativa per cápita, sustituyendo aparentemente recursos de otras categorías de gasto. De este modo, los trabajadores de más edad 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<sup>5</sup>.

Un análisis completo y riguroso del fenómeno obligaría, sin embargo, 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 en los valores absolutos de su heterogeneidad (grado de pobreza, por ejemplo), ya en la dinámica de su composición, identificando quien ocupa cada categoría (pe. 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 existen datos disponibles: riesgo de pobreza, ingresos, vivienda y paro, para en la segunda, centrarnos en la atención sanitaria.

---

<sup>4</sup> - Nótese que en todo caso se analizan los beneficios de gasto del estado de bienestar, y no los residuos netos a la vista de la evolución de quien financia qué.

<sup>5</sup> Claro está que además de los ingresos monetarios otros aspectos pueden adicionarse 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 del tiempo como en su evolución, así como otros factores ligados al bienestar que inciden en la capacidad adquisitiva real de bienes y servicios.

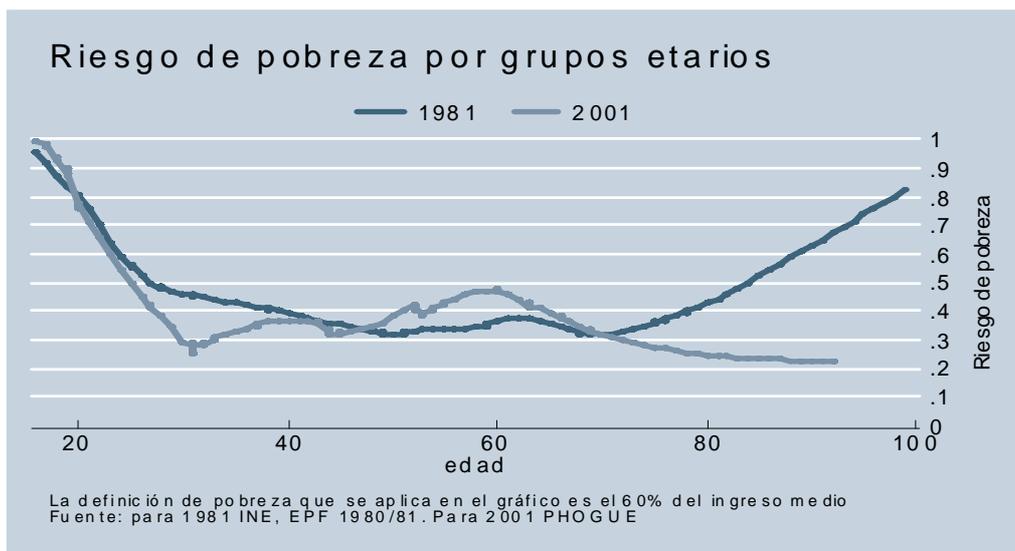
En la discusión procuramos evitar repetir algunas interpretaciones inciertas y discutibles sobre cuestiones de equidad generacional debatidas en US en los años 1980 y 90. En cambio invocamos la regla de Proporciones Fijas de Musgrave como una definición para trabajar sobre la justicia intergeneracional, comparando la política social española y sus resultados observados y esperados según esta prescripción teórica. Y complementando su análisis, se preconiza el análisis conjunto de las prestaciones monetarias y en especie –y entre ellas la del gasto sanitario público- para fijar las posiciones relativas intergeneracionales. El argumento conductor es el de la renta, por lo que el criterio primero de necesidad consiste en identificar el riesgo de pobreza de los distintos colectivos, ordenados por grupo de edad.

## **II.- Los equilibrios generacionales**

### **1- Riesgo de pobreza.**

Una medida indicativa del bienestar experimentado por una cohorte podría ser su riesgo de pobreza específico. El riesgo de pobreza en este contexto es definido 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 ver qué cambios relativos se producen a lo largo del tiempo.

El riesgo de pobreza disminuye en el tiempo para los individuos por debajo de 44 años, así como para aquellos por encima de los 70. Además, hacia el 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 las categorías más viejas sufren el riesgo de pobreza más pequeño de todas las categorías de edad, en un contraste notable con el escenario de 1981.

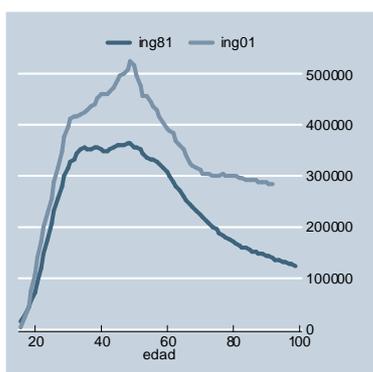


Curiosamente para la franja de edad entre 50 y 65 años, el grupo que ha experimentado la subida de ingresos más fuerte (mirar debajo), su riesgo de pobreza se ha visto incrementado durante este periodo. Esto es así seguramente debido a las rigideces del mercado de trabajo, que acarrear una variabilidad insólita en los ingresos obtenidos en esta categoría. Aquellos individuos que en esta edad han mantenido el empleo, reciben generalmente altos salarios y disfrutan de los privilegios del trabajo acumulados durante muchos años. El paro a largo plazo en esta categoría hace que no haya 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 inferior para los jóvenes, aunque sus salarios sean inferiores.

## 2- Renta e Ingreso:

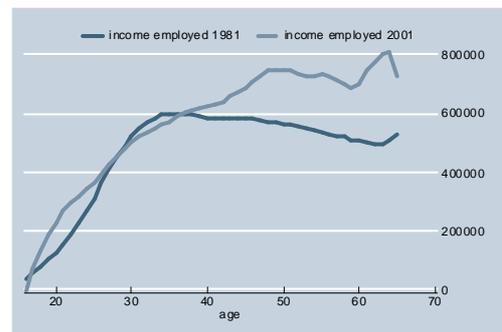
La figura 2 muestra la evolución en los ingresos según la categoría de edad para los años 1981 y 2001. Una diferencia fundamental destacable es la evolución de los ingresos a partir de la jubilación, anteriormente descendente en 1981 mientras que en el 2001 se mantiene en adelante casi al nivel de la



jubilación. Y quizás lo más remarcable, sea el fuerte aumento de los ingresos para el grupo situado 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 el gráfico siguiente, la pobre mejora de los ingresos se debe principalmente a un aumento de la tasa de ocupación para esta categoría de edad. Por lo tanto esta categoría tiene en conjunto unos ingresos relativos más elevados, pero sólo a cambio de más horas de trabajo.

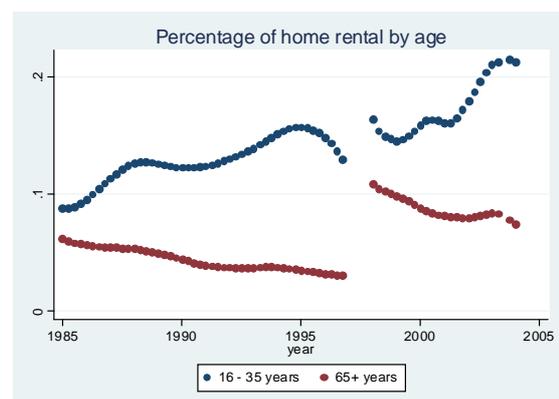
De hecho, mirando sólo en el empleado, hay una gama de edad a mediados de los 30 años, en la cual trabajadores jóvenes ganan menos, en términos reales, con su trabajo en 2001 que en 1981, y es solamente la población por encima de los 35 años la que se beneficia del aumento de la productividad como si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



### 3- 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 que si usted puede usted posee, está lo suficientemente arraigada, por lo cual es revelador explorar quien no posee su casa, o



quien 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. 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 paternal menos adultos jóvenes por debajo de los 30 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 %. 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 paternal como una preferencia sin restricción. En cambio, este fenómeno es sintomático de las condiciones económicas de las cohortes jóvenes actuales.

#### **4.- 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 lo tanto no tienen derecho a estas prestaciones.

#### **5.-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 fueran obtenidos 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 1990.

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 %<sup>6</sup>.

**En resumen**, hemos analizado hasta el presente algunos componentes de la riqueza y el bienestar por categoría de edad y en el tiempo, reflejados en diferentes parámetros principales para los cuales hay datos disponibles. Esto no debe ser entendido en términos " de jóvenes contra viejos " en este o en cualquier momento del tiempo. Más bien, la equidad generacional debe entenderse de forma dinámica durante el tiempo; 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 en la vida de un individuo, como el alisamiento del consumo, o para mejorar la asistencia social, como un equilibrio particular entre equidad y eficiencia, debería haber un modo práctico de medir los efectos de las prestaciones sociales en las 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 (2002)<sup>7</sup>. Este modelo no hace ninguna prescripción normativa en absoluto sobre como el bienestar debería ser distribuido en el ciclo vital. En cambio proporciona una fórmula para asegurar la equidad intergeneracional o la persistencia de ésta. Propone definir una distribución deseable a lo largo de la vida de ingresos o consumo de prestaciones sociales para adecuarse a ellas en el tiempo. Si la pensión debe ser relativamente escasa o debe incrementarse y ser relativamente costosa en relación a las etapas más tempranas de la vida, el ratio adoptado debería ser mantenido en el tiempo y en las generaciones. Obviamente esta relación no puede fijarse exactamente 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.

---

<sup>6</sup> Origen de los datos: para los salarios medios hasta el 2000: INE, Encuesta de Salarios en la Industria y los Servicios, desde el 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.

<sup>7</sup> - En Esping Andersen et al. Why we need a new welfare state Oxford Univ. Press. London.

### III.- El 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 %)⁸. Analizamos la evolución del gasto en atención hospitalaria por categoría de edad, entre 1987 y 2002, usando a Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística. Para cada edad calculamos el número de permanencias en el hospital, el tiempo medio de permanencia en días, y la suma de los días gastados. Para 1981 en el número de estancias hospitalarias, obtenemos picos para los años veinte y treinta debido a permanencias por partos. En 2002 sin embargo, las visitas por parte de los ancianos exceden estas permanencias por parto.

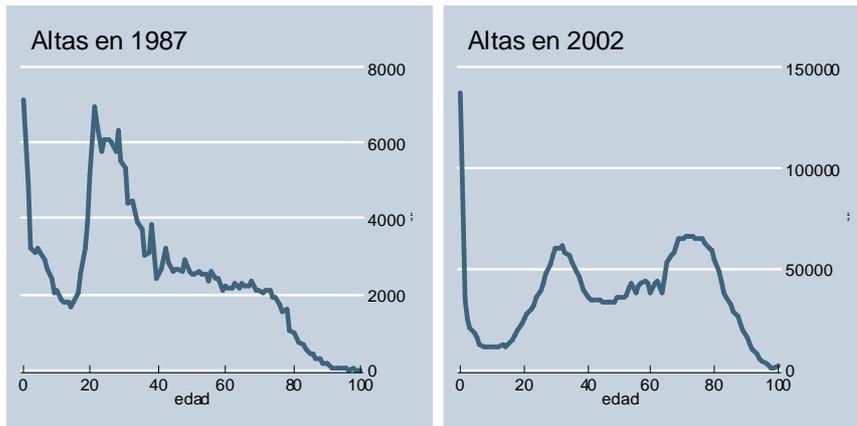
Calculamos el número de días en el hospital como una proxy del gasto en salud. El tiempo de las estancias en el hospital se ha reducido drásticamente entre 1978 y 2002. El descenso relativo es más pronunciado para las cohortes más viejas. Sin embargo, el fuerte incremento en visitas hospitalarias por parte del anciano domina esta disminución. El servicio de hospital medido en los días de estancia es bastante uniforme en su distribución en las categorías de edad adultas en 1978, mientras en contraste, el incremento del uso del hospital aumenta con la edad en 2002 al igual que la mayoría de días de servicio consumidos por los grupos por encima de los 60. En 1978 el número de días de hospital consumidos por la gente mayor de 60 es aproximadamente la mitad del número de días consumidos por los menores de 60. En 2002, esta cifra era del 123 %.

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 Instituto Nacional de Estadística 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.

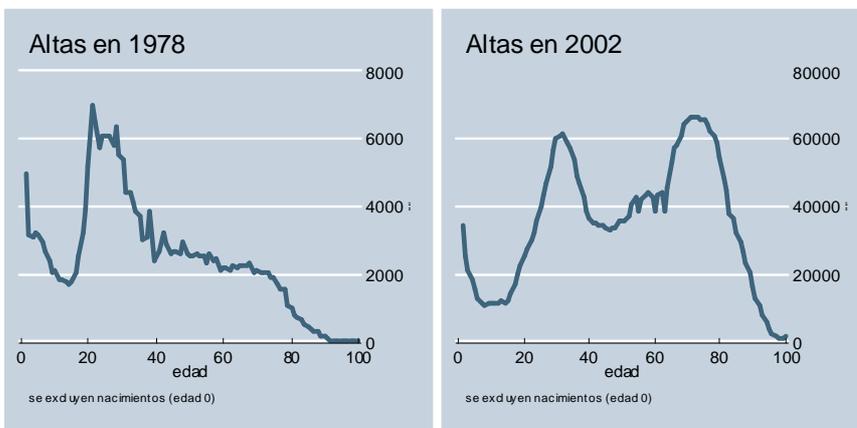
En 1987 los ingresos hospitalarios se disparan para las edades de maternidad y a partir de ahí se observa un descenso prácticamente monótono. En 2002 en cambio el número de ingresos hospitalarios de jubilados excede al de las parturientas.

---

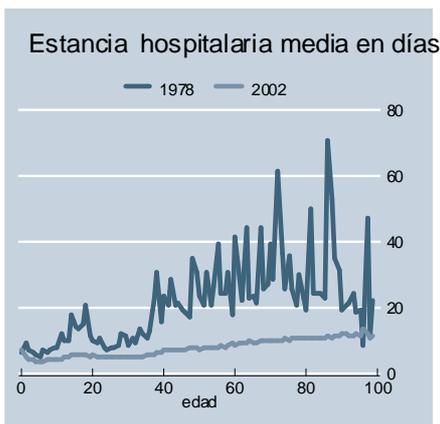
⁸ Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo



Los gráficos siguientes repiten la información de los anteriores suprimiendo las altas de recién nacidos.

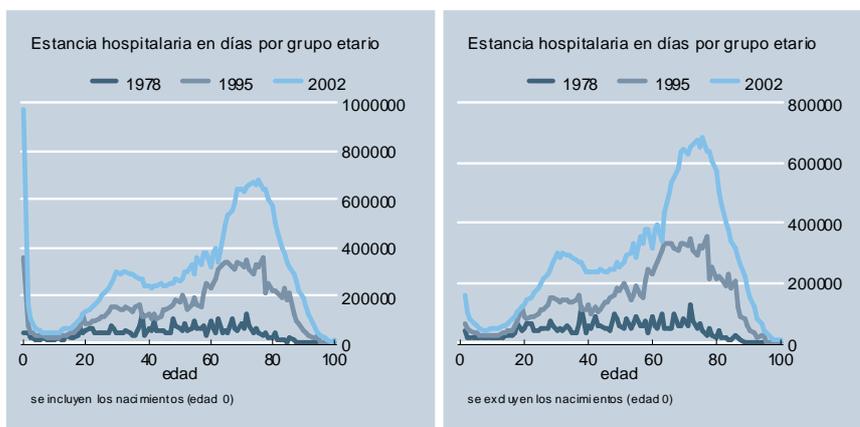


La estancia en el hospital se reduce drásticamente para todos los grupos de edad entre 1978 y 2002. El descenso relativo es mayor para los grupos de edad más avanzados.



Aún 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 los gráficos inferiores 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 en adelante es el 50% del volumen de días de estancia de los menores de 60. En 2002 es el 123 %.

*Otros trabajos* apuntan a que, entre 1985 y 1994, el grupo de edad de 55 a 65 años aumentó su utilización hospitalaria en un 20%, y el grupo de mayores lo incrementó en un 52%. El porcentaje explicado por el envejecimiento relativo neto (más ciudadanos en dichos grupos etarios) fue, en el análisis, muy pequeño, del 3% y 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, disminuyó.<sup>9</sup> 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 influya, en la utilización de estos servicios, 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, X. Castells et al. (Informe SESPAS, 2002), calculan que, específicamente, el envejecimiento relativo explica un tercio de la variación observada, siendo los cambios en la utilización la justificación del 60% de la variación (15,1 del 27.2% observado)

<sup>9</sup> Gornemann y Zunzunegui, Envejecimiento y Gasto sanitario, Gaceta Sanitaria, 2002

En cualquier caso conviene recordar que no es en si mismo el envejecimiento el que fuerza un determinado 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) acumulan buena parte de lo que será el gasto sanitario del 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.

Ciertamente los cálculos predictivos que separaban entre población menor y mayor de 65 años y aplicando a cada uno de ellos un determinado coeficiente era incierto 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, sabemos hoy que se combinan en el proceso de consumo de recursos 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 (afectando a más individuos), estáticos (dada la tecnología existente) 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 en lo que atañe a las consecuencias de años y calidad de vida de factores tales como la evolución de los estilos de vida (obesidad, riesgos ambientales..) como de los culturales (el derecho a la muerte digna en testamentos vitales jurídicamente aceptables).

Dos son los efectos a considerar: (i) los ciudadanos entran en los años finales de su vida a una edad más avanzada; (ii) 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”.

Existe para ello un componente de morbilidad (recursos consumido 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 (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 se responden los sistemas de salud a los nuevos retos asistenciales (unidades paliativas versus intensivas, crónicos domiciliarios, etc), todos ellos con un efecto multiplicativo sobre la variación demográfica primaria.

En este sentido, los trabajos de Zweifel y otros<sup>10</sup> probablemente han fijado el terreno de juego a futuro para una mejor comprensión del fenómeno comentado, del que nos limitamos aquí únicamente a recoger de modo empírico las prácticas observadas.

#### **IV.- Discusión**

La distribución de riqueza y bienestar y el gasto social por categorías de edad ha cambiado considerablemente. Este no es por sí mismo motivo para la 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 de la prima colectiva para tener un período ampliado en cuenta como recompensa final de una vida laboral relativamente más austera (relativo se refiere

---

<sup>10</sup> Véase en particular: *Ageing and Future Health Care Expenditure: A Consistent Approach* L. Steinmann, H. Telsler, P. Zweifel, Forum for Health Economics & Policy, Vol. 10, 2 2007

Asimismo, Zweifel P, L. Steinmann y P. Eugster (2005) The Sisyphus Syndrome in Health Revisited. *International Journal of Health Care Finance & Economics* 5 (2) 127-145; Zweifel P y M. Ferrari (1992) Is There a Sisyphus Syndrome in Health Care? In P. Zweifel and M. French III (ed.) *Health Economics World-wide. Developments Health Economics A Public Policy Series* vol. 1 Kluwer Academic Boston, y Zweifel P, S. Felder y M. Meier (1999) Ageing of Population and Health Care Expenditure. A Red Herring? *Health Economics* 8 (6) 485-496

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 equivocado 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.

Esto sin embargo merece una exploración de los motivos subyacentes y las consecuencias que tal desarrollo implican, 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, tampoco esto 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. Hay en otras palabras desigualdad intrageneracional y una variabilidad excesiva en la asistencia social. Varios parámetros demográficos señalan colectivos que justificarían un estudio separado.

El efecto negativo más dramático del cambio observado en el patrón de gastos sociales es sin embargo de una 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 supone 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 permiten la acumulación de déficits,

cuyos efectos eventuales son severos pero difusos, frente a una resistencia menos concentrada que en cualquier reforma con un objetivo y términos temporales definidos.

Un modelo de reforma adoptada en España es la introducción paulatina fuera de un status quo 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 viejos consiguen mantener intactos sus privilegios, protecciones e ineficientes ventajas. Mientras la reforma sea vigente, tarde o temprano se aplicará a todos los trabajadores, pero durante algunas décadas este modelo causa un flujo de aumentos de la productividad de los más jóvenes hacia los trabajadores más viejos. Generalmente, cuando una oficinista se retira es substituida por un trabajador más joven a la mitad del sueldo anterior.

La cuestión es que probablemente una generación (la generación del baby boom) se verá afectada en varias etapas de su ciclo vital por varios shocks relacionados o no, que dejarán de ser compensados por otros. Estos pueden suponer una porción excesiva en la carga demográfica, privándolos de la cuota justa, en el sentido intergeneracional, de sus aumentos de productividad. Tanto por la dependencia financiera prolongada en la juventud, debido a la incipiente y específica reforma del mercado de trabajo y la situación inmobiliaria, la cantidad de trabajo adicional y los compromisos en la planificación familiar que observamos en estos momentos, no podemos esperar ser compensados con una jubilación de oro. Cuando esta generación alcance la edad de jubilación aquellos privilegios serán también recortados. En general, esta generación no experimenta una reasignación de bienestar durante su ciclo de vida, pero sí una pérdida total en lo que se referiría al concepto de equidad según la regla de Musgrave.

Tres posibles motivos que explican el cambio observado, 1) la administración presupuestaria verticalmente separada, 2) el poder político y la composición del votante, y 3) las prestaciones monetarias contra el tipo de beneficios definidos.

La primera razón es la fragmentación en la asignación de los fondos sociales por parte de las distintas autoridades administrativas que una descentralización de la competencia del gobierno central a la esfera local ha venido a complicar. Una distribución del presupuesto social entre administraciones permite observar en España como, 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 existen circunstancias que inclinan el poder político fuera de éstos. La edad media del votante mediano se sitúa hoy en 44 años y las proyecciones para el 2050 la sitúan en 57. Los jubilados en media muestran un índice de apoyo a la política económica (en favor de más gasto público) un 30% superior al de los jóvenes<sup>11</sup>.

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 a) una reforma más gradual y ajustes del gasto social o de la legislación que afectan 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)

---

<sup>11</sup> - Véase, Actitudes de los españoles hacia la Hacienda Pública; J.L. Saéz Lozano Papeles de Trabajo 22, IEF, 2006.

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 presupuestaria. El gasto sanitario, dentro de esta nueva lógica, debiera de 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.