

La atención a la dependencia en el marco del estado del bienestar

Gemma Abio Roig

Profesora Agregada del Departamento de Teoría Económica, Universitat de Barcelona

Ciò Patxot Cardoner

Profesora Titular del Departamento de Teoría Económica, Universitat de Barcelona

Elisenda Rentería Pérez

Investigadora postdoctoral del Departament de Teoria Econòmica, Universitat de Barcelona

Guadalupe Souto Nieves

Profesora Agregada del Departament d'Economia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona

El denominado estado del bienestar constituye sin duda el gran logro social del siglo XX en buena parte del mundo. Aunque con diferencias entre países, se asienta sobre cuatro pilares fundamentales: educación, salud, pensiones y otros servicios sociales (entre los que se incluye la atención a las personas en situación de dependencia). En la actualidad, se enfrenta a un gran reto que sin duda condicionarán su evolución futura: el envejecimiento de la población. Ello es debido, por una parte, a que el grueso de los programas de gasto social es muy dependiente de la estructura de edades de la población (pensiones, sanidad, atención a la dependencia). Por otra parte, el conjunto de programas de gasto público social se organizan implícitamente mediante un sistema de reparto (las prestaciones se financian con la recaudación del mismo momento temporal). De manera que, a lo largo del proceso de envejecimiento demográfico, una proporción decreciente de personas en edad activa se verá obligada a afrontar un creciente gasto social con el pago de impuestos. Sin embargo, muy a menudo se obvia que el envejecimiento no es un reto únicamente para los programas públicos: reducir las transferencias públicas no resuelve en absoluto el problema, sino que únicamente lo traslada al ámbito privado de los individuos y sus familias, como muestran los resultados de las cuentas de transferencias nacionales presentados en este trabajo. Así pues, las sociedades deben prepararse para repensar de manera integral la distribución de los recursos económicos a lo largo del ciclo vital de las personas.

Introducción

Sin lugar a dudas, el *estado del bienestar* constituye uno de los grandes logros sociales del siglo pasado tanto en Europa como en otros países avanzados. Desde las primeras medidas implementadas en la Alemania de Bismarck a finales del siglo XIX, la mayoría de países industrializados fueron desarrollando programas de gasto público dirigidos a cubrir en cierta medida las necesidades *básicas* de sus ciudadanos (educación, salud) con el objetivo de cubrirles ante determinados riesgos vitales (enfermedad, desempleo, vejez). Es especialmente a partir de los años 60 y 70 del siglo XX cuando el estado del bienestar comienza a estar firmemente implantado en Europa, si bien las características concretas de los programas, como sus objetivos, su tamaño y sus beneficiarios, presentan diferencias significativas entre países. Esping-Andersen (1990) identificaba tres posibles tipos de estados de bienestar, según la orientación de su protección. En primer lugar, el *estado del bienestar liberal* se caracteriza por el predominio de transferencias públicas universales más bien modestas, mientras los mercados permanecen como el mecanismo principal de asignación. Este modelo se identifica con los países anglosajones (Reino Unido). En segundo lugar, el *estado de bienestar conservador* se basa en el principio de subsidiariedad,

siendo la familia el actor protagonista en la redistribución del bienestar, mientras que el estado juega un papel subsidiario. Es el modelo predominante en Europa central (Alemania, Francia). En tercer lugar, el denominado *estado de bienestar socialdemócrata* se identifica principalmente con los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca, Holanda). Las prestaciones son también de carácter universal en este caso, si bien su objetivo no se limita a cubrir las necesidades mínimas de los ciudadanos, sino que el estado prácticamente sustituye a la iniciativa privada en la atención social. En el caso de España, la consolidación del estado del bienestar se produce más tarde que en el resto de Europa. Aunque la Ley de Bases de la Seguridad Social se aprueba en 1963, no es hasta la entrada de la democracia cuando tienen lugar las numerosas e intensas reformas que dieron lugar a la implantación del sistema de protección social con carácter general.

El desarrollo de los estados de bienestar en la gran mayoría de países se articula a través de los que comúnmente se denominan los cuatro pilares de la protección social: la educación, la salud, la seguridad social (pensiones y protección contra el desempleo) y otros servicios sociales destinados a mejorar la calidad de vida de las personas. En el entorno europeo, el nivel de desarrollo de los tres primeros pilares es bastante similar, aunque existen diferencias de carácter organizativo. Sin embargo, es en el cuarto pilar –dentro del cual se sitúa la atención a las personas dependientes– donde se identifican las diferencias de implantación más importantes. Así, mientras en el caso de los sistemas sanitarios, la educación o los sistemas de pensiones el debate actual en todos los países se centra en cómo reformarlos para garantizar su viabilidad financiera a largo plazo, en el caso de la atención a la dependencia la mayoría se enfrentan a la disyuntiva de si ponerlos en marcha o no. Es el caso de España, donde la LAPAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia) aprobada a finales de 2006, y que creaba el denominado SAAD (Sistema de Autonomía personal y de Atención a la Dependencia), ha visto interrumpida su aplicación por sucesivas reformas posteriores –ligadas a las medidas de austeridad aplicadas durante la crisis– sucedidas mucho antes de su implantación definitiva.

Sin duda, el envejecimiento de la población supone un importantísimo reto que los gobiernos deben afrontar para garantizar la viabilidad financiera de los sistemas de protección social. Son hechos indudables que Europa envejece (en especial los países del Sur) y que el gasto social es en buena parte dependiente de la estructura de edades de la población (pensiones, sanidad y atención a la dependencia). Pero a veces parece olvidarse que el envejecimiento no es un reto sólo para los gobiernos y sus programas de gasto social, sino para la sociedad en general: las personas debemos tener la capacidad de adaptarnos, tanto individual como colectivamente, a las nuevas características de nuestro ciclo vital, que son muy diferentes a las de nuestros antepasados. Junto al cambio en la estructura por edades de la población debida a la transición demográfica, se han producido cambios de peso en el ciclo vital de las personas. Vivimos durante muchos más años y también nos formamos durante mucho más tiempo, con lo que las dos etapas económicamente dependientes de nuestra vida (niñez y vejez) se han hecho más extensas.

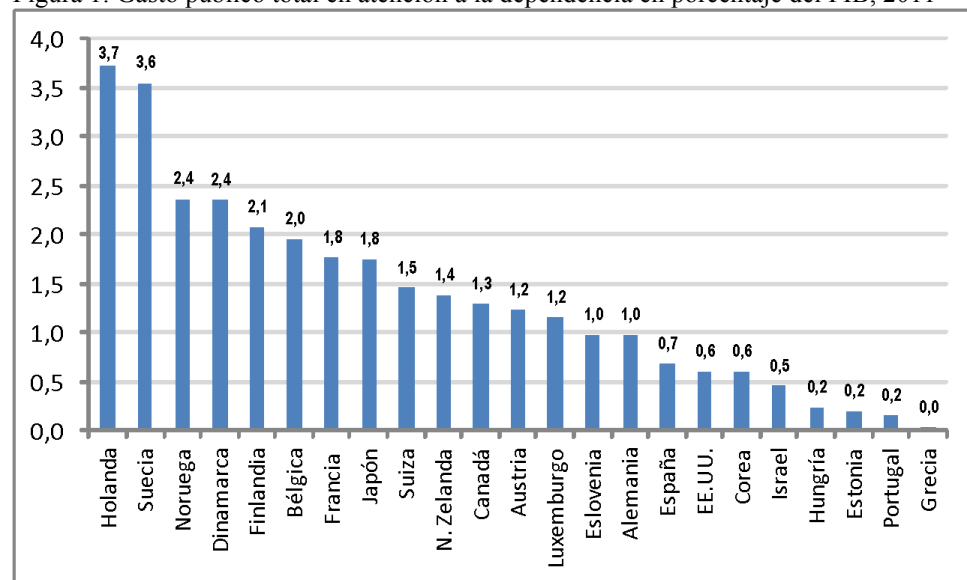
Panorama del gasto social y del gasto de atención a la dependencia

Como decíamos, Europa puede considerarse la cuna del estado del bienestar y, por ende, de los programas de protección social. Sin embargo, el nivel de protección así como la cobertura de dichos programas no es completamente homogéneo. Basta echar un vistazo a las estadísticas de la OCDE para advertir importantes diferencias tanto en el total de gasto social en relación al PIB como en la tasa de personas cubiertas. En el caso concreto de la atención a la dependencia es precisamente donde las diferencias son aún más importantes. Dentro de Europa, por una parte los países nórdicos, Holanda y Suiza destacan como los que disponen de un programa fuertemente establecido. En un término medio se sitúan los países

de la Europa continental como Alemania y Francia, que presentan un nivel de gasto inferior a los anteriores, pero superior al de los países anglosajones (Reino Unido e Irlanda). Por último, los países del Sur (España, Portugal, Grecia) tienen un largo camino por recorrer en el desarrollo de sus sistemas de atención a la dependencia.

La Figura 1 muestra los datos de gasto total en atención a la dependencia en términos de PIB en diferentes países de la OCDE (desafortunadamente no se facilitan datos de todos los países miembros). Como puede observarse, Holanda y Suecia destacan claramente como los países que destinan un mayor presupuesto público a la atención a las personas dependientes (el 3.7% y 3,6% de su PIB respectivamente). Por el contrario, los países del Sur de Europa y Estados Unidos se sitúan en la parte baja de la tabla. En un lugar intermedio se sitúan los países de la Europa continental (Francia, Alemania, Suiza...) así como Japón y Canadá.

Figura 1: Gasto público total en atención a la dependencia en porcentaje del PIB, 2011*



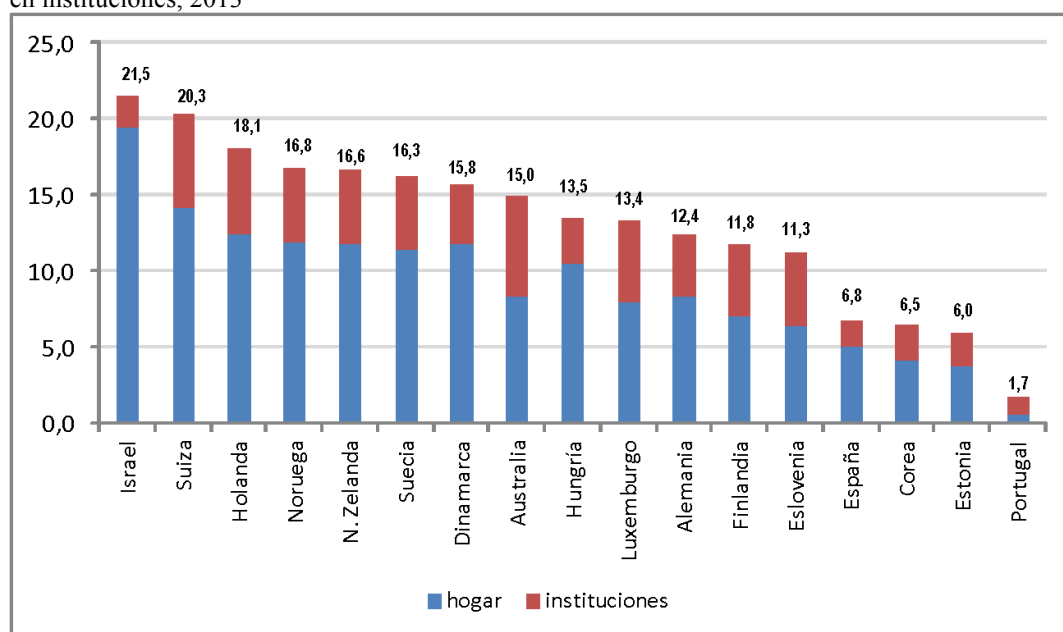
*El dato de Japón corresponde al año 2010, y el de Israel a 2009. Fuente: OECD, *Health at a Glance* (2013).

Sin embargo, se pueden apreciar rasgos interesantes cuando se observan otros indicadores además del gasto agregado. Así, La Figura 2 recoge el porcentaje de personas de 65 y más años que perciben algún tipo de ayuda pública a la dependencia, sea en el hogar o en instituciones. Aunque desafortunadamente estos datos no están disponibles para todos los países de la Figura 1, puede constatar cómo los países con mayor gasto total no siempre coinciden con los de mayor ratio de cobertura. Es el caso de Suecia con el segundo mayor porcentaje de gasto en términos de PIB (un 3,6%), que desciende hasta la sexta posición en cobertura (un 16,3% de población de 65 y más años percibiendo algún tipo de ayuda). Por el contrario países con cifras de gasto bastante inferiores como Suiza (1.5% del PIB) y especialmente Israel (0.5%) escalan hasta las primeras posiciones en cobertura. Una de las explicaciones de estas diferencias se encuentra probablemente en el tipo de ayudas. En general, los países con altas coberturas han priorizado las ayudas al cuidado en casa de los dependientes (Suiza, Israel) frente al cuidado en instituciones, que resulta mucho más costoso.

España aparece entre los países a la cola de la OCDE en lo que se refiere a atención pública a la dependencia, tanto en tasa de cobertura como en gasto total. Sólo un 6,8% de las personas de 65 y más años en nuestro país perciben algún tipo de ayuda pública a la dependencia; ayudas que se articulan

principalmente a través de cuidados en casa en más del 70% de los casos. Todo ello supone alrededor de un 0,7% de gasto en términos del PIB. En un informe de reciente publicación (FEDEA, 2016), se alerta además de las grandes diferencias de cobertura del SAAD español por Comunidades Autónomas (los dependientes de Murcia y Andalucía tienen casi el doble de probabilidad de recibir ayudas del SAAD que aquellos residentes en la Comunidad Valenciana y Asturias). En buena medida estas diferencias están motivadas por la poca claridad de la financiación del sistema. Por un lado, las Comunidades Autónomas han aplicado diferentes criterios para establecer el copago de sus beneficiarios. Por otro, desde 2012 el estado central ha reducido su contribución a la financiación inicialmente acordada, generando gran incertidumbre en las Comunidades Autónomas, que en la mayoría de los casos han reaccionado reduciendo las prestaciones y/o incrementando el copago de los usuarios.

Figura 2: Porcentaje de personas de 65 y más años que perciben algún tipo de ayuda pública a la dependencia, sea en el hogar o en instituciones, 2013*



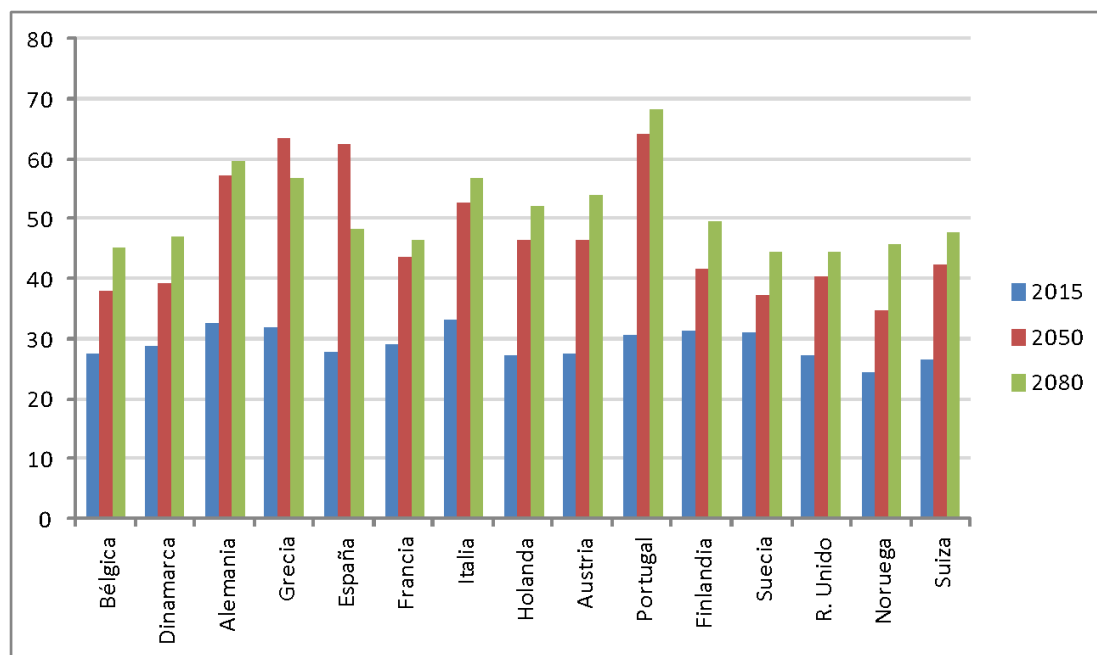
*El dato de Eslovenia se refiere a 2012. Fuente: OCDE, *Health Statistics* (2015)

Lo cierto es que, vista en perspectiva, la LAPAD aprobada a finales de 2006 puede considerarse más una declaración de buenas intenciones (hecha en un momento económico propicio) que como el nacimiento de un sistema integral de atención a los dependientes en España. Es cierto que la coincidencia en el tiempo de su implantación progresiva con la grave crisis económica que ha azotado al país en los últimos años ha incidido de manera importante en su poco y accidentado desarrollo. Sin embargo, parece haber problemas de fondo en su diseño que necesariamente han de afrontarse. El informe FEDEA (2016) aboga por la necesidad de diversificar las fuentes de financiación del sistema, combinando la financiación pública con cargo a ingresos generales con un sistema de aseguramiento público (contribuciones) y privado complementario. Costa-Font y Zigante (2014) formulan una propuesta en la misma línea. Estos autores analizan en detalle las características y la evolución de los sistemas de atención a la dependencia en siete países europeos, con niveles de cobertura muy diferentes. Por una parte, Suecia y Holanda representan el grupo sistemas más desarrollados. En segundo lugar, Reino Unido, Alemania y Francia se encuentran en un nivel intermedio, mientras que en la cola estarían Italia y España. Su conclusión es que el desarrollo adecuado de un programa integral de atención a la dependencia va asociado a la necesaria

colaboración entre el sector público y las estructuras familiares, a una especie de *reparto implícito* de la responsabilidad y los costes.

¿Y qué pasará en el futuro? ¿Qué factores son determinantes en la evolución del gasto social en atención a la dependencia? Es una realidad que el gasto social en general, y muy en particular algunos gastos como las pensiones, la sanidad o la atención a la dependencia, están estrechamente relacionados con la estructura por edades de la población. El número de personas con necesidades de atención por dependencia crece con la edad, y muy especialmente a partir de los 65 años. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia realizada en el año 2008 (EDAD), casi un 42% de los hombres y un 57% de las mujeres mayores de 80 años en España presentaban algún tipo de discapacidad. De tal manera que la composición por edades de la población de un país, así como su evolución futura, son factores clave a tener en cuenta en el diseño de los programas de atención a la dependencia. En el caso de España, las proyecciones de población no son nada halagüeñas en este sentido, ya que se espera que el proceso de envejecimiento sea especialmente importante. Por un lado, nuestra tasa de fertilidad se sitúa entre las más bajas del mundo. En 2013 alcanzaba 1.32 hijos por mujer, y alrededor de esa cifra, con muy pocas oscilaciones, se ha situado durante los últimos 25 años. Muy lejos quedan ya las cifras de 2.8 e incluso 3 hijos por mujer registradas en los años 60 y parte de los 70, en la población española durante el *baby-boom*. En Europa, sólo Portugal, Polonia y Grecia presentan cifras ligeramente peores, mientras que en el resto del mundo hay que buscar casos especiales como los de Hong-Kong, Corea o Singapur. Por otro lado, nuestra esperanza de vida es de las mejores del mundo. En 2013 alcanzaba los 82.4 años de media, sólo superada por Hong-Kong (83.8), Japón (83.3), Islandia (83.1) y Suiza (82.7). En este caso, vale la pena destacar que en las últimas décadas han tenido lugar incrementos generalizados y cuantiosos de la esperanza de vida media (por ejemplo, en España entre 1960 y 2013 se ha incrementado en 13.3 años).

Figura 3: Proyección de la tasa de dependencia en Europa



Fuente: Eurostat, EUROPOP 2013

El envejecimiento poblacional suele medirse a través de la denominada tasa de dependencia demográfica de los mayores, definida como la ratio entre las personas de 65 y más años con respecto a la población en edad de trabajar (habitualmente entre los 15 y los 64 años). Las últimas proyecciones realizadas por el EUROSTAT (EUROPOP 2013) muestran que, efectivamente, España es uno de los países en los que se espera que se registre un mayor envejecimiento en las próximas décadas. En 2050, la tasa de dependencia en España alcanzaría el 62,5% de la población de entre 15-64 años, frente al 27,8% de 2015, cifra sólo superada por Portugal (64,3%) y Grecia (63,6%). A más largo plazo, la situación relativa de España mejoraría ligeramente, una vez desaparecidas las numerosas generaciones del *baby-boom* (nacidos entre finales de los 50 y los 70 del siglo pasado).

Así pues, el envejecimiento de la población se perfila como uno de los factores clave en la evolución del denominado estado del bienestar. La sostenibilidad financiera de los programas de gasto social puede verse seriamente comprometida por la cada vez menor relación entre contribuyentes (en edad de trabajar) y receptores (mayoritariamente en edades avanzadas). En la siguiente sección intentamos profundizar en esta relación entre envejecimiento y estado del bienestar.

Las Cuentas Nacionales de Transferencias: gastos e ingresos a lo largo del ciclo vital

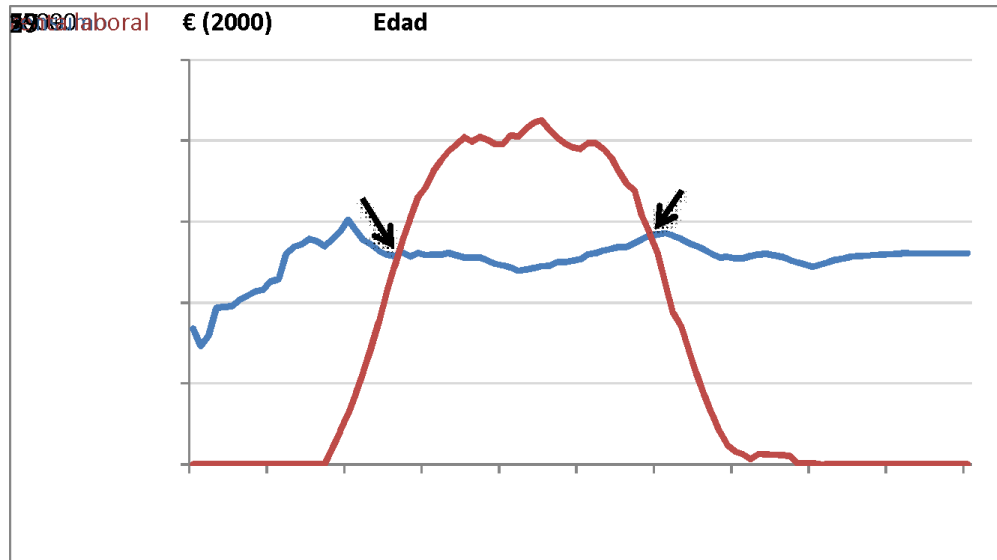
El envejecimiento supone un reto para la sostenibilidad financiera de los programas de gasto social, que deben mantenerse básicamente con las aportaciones de las personas en edad activa. Aunque suele aplicarse al sistema de pensiones en particular, en realidad todo el estado del bienestar se organiza, implícitamente, como lo que se denomina un *sistema de reparto* (*pay-as-you-go*), en el que las prestaciones de los beneficiarios se financian en cada momento con las contribuciones actuales. Es decir, no existe ningún ahorro real y el sistema no tiene fondos: sanidad, pensiones, educación... se financian cada año con los ingresos generales de ese mismo año (o bien con endeudamiento).

Es un hecho que las personas necesitamos cubrir nuestras necesidades a lo largo de todo nuestro ciclo vital, sin embargo nuestra capacidad de producir los recursos necesarios para cubrir dichas necesidades se limita casi exclusivamente a nuestro período activo. El proyecto de Cuentas Nacionales de Transferencias (NTA) nació a finales de la última década del siglo pasado con el objetivo de cuantificar los flujos de recursos que tienen lugar entre los individuos de diferentes edades en un momento dado. Actualmente, más de cuarenta países de todo el mundo participan en este ambicioso proyecto que proporciona información, internacionalmente comparable, de cómo los individuos de distintas edades producen, consumen, comparten recursos y ahorran para su futuro en un determinado momento del tiempo en cada país.

Al mismo tiempo, las NTA nos informan también de cómo se producen las transferencias de recursos de unas generaciones a otras a través de los tres posibles mecanismos de reasignación temporal: las transferencias familiares, los mercados de capitales o el sector público. En la Figura 4 se muestran los perfiles por edad de consumo y renta laboral per cápita en España obtenidos para 2008. Como puede observarse, el consumo presenta un patrón bastante estable a lo largo de la vida (aunque un poco inferior en los niños), mientras que la obtención de renta laboral se concentra en la edad activa, y muy particularmente en la etapa central (entre los 30 y los 60 años). La diferencia entre el consumo y la renta laboral en cada momento de la vida de un individuo se denomina déficit de ciclo vital (LCD por sus siglas en inglés). Ese déficit es efectivamente un déficit (consumo superior a renta laboral) en las etapas inicial y final de la vida, siendo un superávit en la etapa central, cuando el individuo puede obtener rentas laborales superiores a su consumo. En el caso de España, en el 2008 el perfil de LCD se convierte en

superávit entre los 27 y los 59 años (el período es muy similar al obtenido en las estimaciones correspondientes a otros años).

Figura 4: Perfiles por edad de consumo y renta laboral per cápita en España (2008)



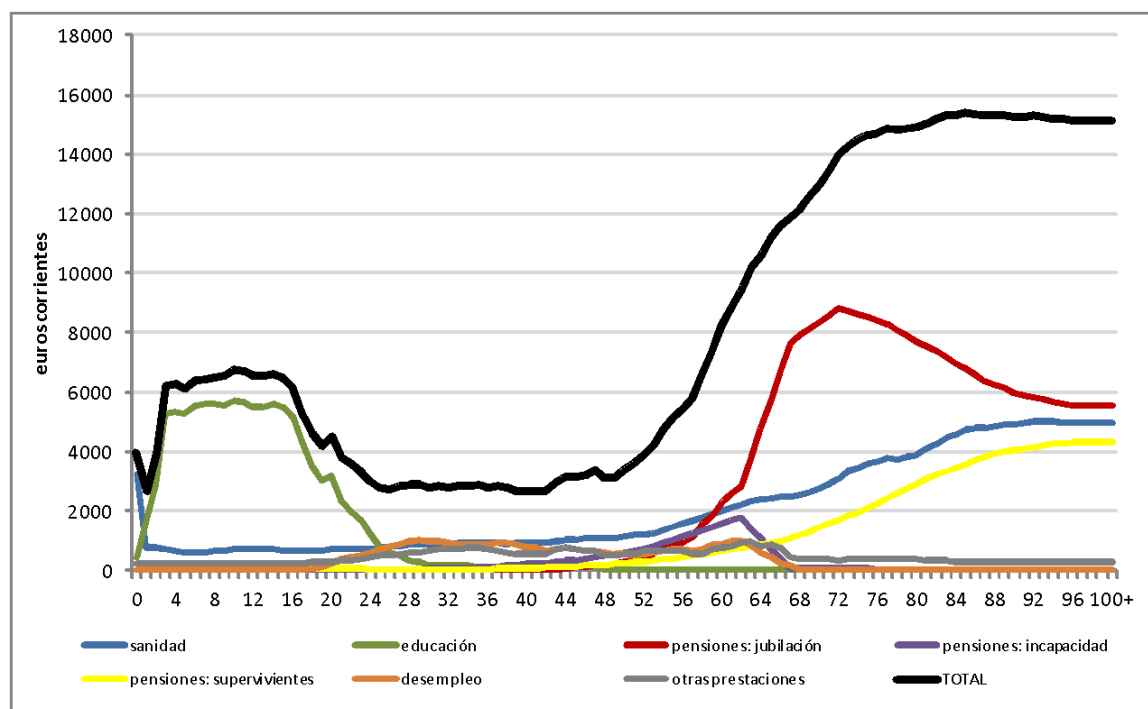
Fuente: Patxot et al. (2015)

Del esquema representado en la Figura 4 se deduce que necesariamente deben existir mecanismos para que los individuos podamos consumir durante nuestras etapas de déficit, traspasando hacia ellas nuestras rentas generadas durante la edad activa. Estos mecanismos son básicamente tres, como mencionábamos más arriba. En primer lugar, el mercado de capitales funciona especialmente en el caso de la traslación hacia el futuro: las personas podemos ahorrar (cualquiera que sea la forma de ahorro) guardando una parte de nuestros recursos para más adelante. Es más difícil sin embargo que funcione a la inversa, ya que en la práctica existen numerosas restricciones a que los niños puedan endeudarse contra las rentas que obtendrán en un futuro. En segundo lugar, las transferencias familiares: mediante una especie de contrato intergeneracional las generaciones en edad activa cuidan (y financian el consumo) de sus descendientes e incluso ascendientes, en pago a las generaciones anteriores que hicieron lo mismo y a cambio de que las generaciones siguientes lo sigan haciendo. Por último, el sector público puede jugar también un papel en la redistribución intergeneracional, que en el caso de los países con estados del bienestar consolidados es muy importante. La gran mayoría de los programas de gasto público social actúan como mecanismo de redistribución intergeneracional de la renta, traspasando recursos de las generaciones activas hacia las no activas (educación a niños; sanidad y pensiones a mayores). De alguna manera, el sector público sustituye hasta cierto punto a las familias en la distribución intergeneracional, quitando dicha redistribución de la esfera privada familiar y socializándola (lo de todos para todos). Ahora bien, vale la pena remarcar que en todos los países con estados de bienestar desarrollados se observa el mismo patrón: el sector público ha sustituido principalmente las transferencias privadas hacia los mayores, mientras que las transferencias hacia los niños siguen produciéndose mayoritariamente en el seno de la familia (Abio et al., 2015). Ello es debido a que los sistemas de gasto público más fuertemente desarrollados (pensiones y sanidad) van dirigidos principalmente hacia los mayores, mientras que el papel de otros como la educación, las ayudas a las familias con hijos o el desempleo es claramente inferior.

La Figura 5 muestra los perfiles por edad de consumo público de salud, educación y pensiones per cápita en España estimados para el año 2008. Como puede apreciarse, existe una fuerte correlación entre edad y

tipo de gasto. Por un lado, los niños acaparan el gasto en educación, que es máximo entre 3 y los 16 años. Con respecto a las personas en edad activa, las transferencias sociales que reciben son muy poco importantes en cuantía, prácticamente limitadas a ayudas al desempleo y sanidad. Por último, a partir de los 60 años se observa un gradual incremento del gasto en sanidad (que lleva incluido el gasto en atención a la dependencia), así como de las pensiones (jubilación y viudedad). Todo ello conforma un perfil total de prestaciones sociales claramente concentrado en las edades superiores a los 55 años, y muy especialmente a partir de los 75.

Figura 5: Perfiles por edad de gasto público per cápita en España, según tipo de gasto (2008)

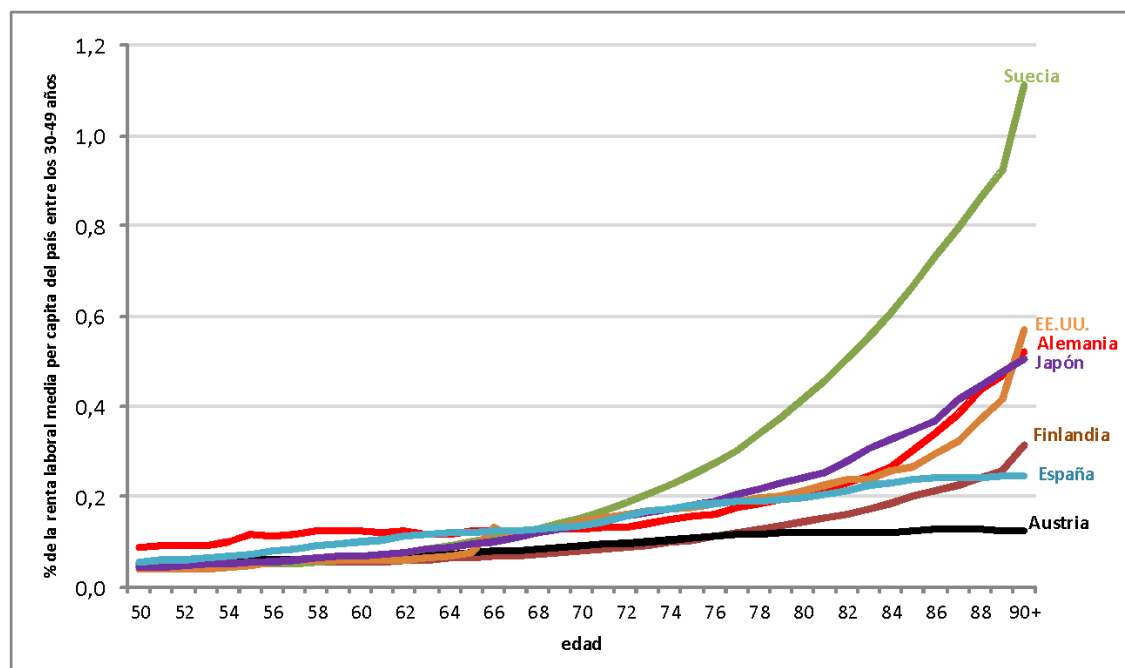


Fuente: Elaboración propia a partir de Patxot et al (2015)

La forma de los perfiles de gasto público social es muy similar en otros países, si bien existen diferencias en nivel más o menos cuantiosas. Desafortunadamente, los datos publicados por NTA no proporcionan por separado el perfil de gasto en atención a la dependencia, sino que éste aparece incluido en otros perfiles, principalmente el de salud. En la Figura 6 se presentan dichos perfiles para algunos de los países para los que se dispone de datos de NTA. Se recogen únicamente a partir de los 50 años de edad, ya que para las edades anteriores los perfiles son prácticamente planos en todos los casos. Los perfiles se presentan normalizados utilizando la renta laboral media del propio país entre los 30 y los 49 años. Resulta relativamente sencillo apreciar en qué países el sistema de atención pública a la dependencia está más desarrollado, puesto que el perfil de gasto en salud para los mayores se incrementa espectacularmente a partir de los 70 años, al mismo tiempo que también aumenta la proporción de dependientes. Es el caso de Suecia, que destaca claramente entre los países europeos para los que se dispone de datos de NTA. Como puede observarse, en términos per cápita el gasto público en atención a los mayores en Suecia llega a superar (a partir de los 85 años) la renta laboral media obtenida por los trabajadores entre los 30 y los 49 años en el mismo país. Aunque muy lejos de Suecia, EE.UU., Japón, Alemania y Finlandia presentan también perfiles per cápita de gasto público en salud que se incrementan

fuertemente a partir de los 80-85 años. Por el contrario, en España y Austria si bien el gasto público en salud aumenta cuantiosamente a partir de los 60 años, no registra ningún repunte en las edades mayores, con lo que el nivel de prestaciones se queda muy por debajo de la del resto de países considerados.

Figura 6: Perfiles de gasto público en salud (incluyendo gasto en atención a la dependencia) para los mayores de 50 años



Nota: el nivel de gasto se expresa como porcentaje de la renta laboral media entre 30 y 49 años en el mismo país.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de NTA (www.ntaccounts.org). Las estimaciones corresponden al año 2000 para Austria, 2003 para EE.UU. y Alemania, 2004 para Japón, Finlandia y Suecia y 2008 para España.

La relación entre envejecimiento y gasto total en programas de bienestar es obvia. Por un lado, el incremento de la proporción de población de mayor edad tenderá a incrementar el gasto total en políticas sociales. Por otro, una cada vez menor proporción de personas en edad activa se verá obligada a afrontar dicho gasto con sus impuestos. Así pues, el envejecimiento constituye un gran reto a afrontar por las sociedades occidentales que quieran seguir garantizando la sostenibilidad de sus estados del bienestar.

Cabe señalar que a menudo se utiliza el envejecimiento como principal argumento para justificar la necesidad de reducir los programas de transferencias públicas traspasándolos hacia la esfera privada, obviando que de esa manera no se resuelve en absoluto el problema, sino que únicamente se traslada: deja de ser un problema del sector público para circunscribirlo en exclusiva al ámbito privado de los individuos y sus familias. Basta volver a echar un vistazo a la Figura 4 para corroborarlo: los individuos necesitan satisfacer sus necesidades a lo largo de un ciclo vital que cada vez es más largo, mientras que sólo pueden generar los recursos necesarios durante su edad activa. Así pues, el problema existe con independencia de cuál sea el mecanismo (o la combinación de mecanismos) utilizado para articular las transferencias intertemporales de renta: mercado, familia o sector público. Así por ejemplo, en el hipotético caso de que los programas de gasto social como las pensiones, la sanidad o la atención a la dependencia no existiesen, las sociedades no serían ni mucho menos inmunes a los efectos del envejecimiento: ya fuese a través de las familias o de mecanismos de ahorro articulados a través de los mercados, la sociedad tendría que seguir afrontando las consecuencias y, en cualquier caso, tendrían lugar fuertes (aunque probablemente diferentes) efectos en la distribución intergeneracional del bienestar.

Algunas conclusiones

La mayoría de países occidentales pusieron en marcha a lo largo del siglo pasado diferentes programas de gasto social destinados a garantizar un nivel de vida digno a sus ciudadanos. Aunque hay diferencias entre países, en general el denominado estado del bienestar se asienta sobre cuatro pilares: educación, salud, pensiones y otros servicios sociales. Es precisamente dentro del cuarto pilar donde debe situarse el sistema de atención a las personas dependientes, y donde pueden apreciarse las mayores diferencias entre unos países y otros. A nivel europeo, países como Suecia y Holanda destacan claramente con un gasto público total en dependencia superior al 3,5% del PIB, prácticamente el doble que el registrado en Francia, Alemania o Reino Unido. Por su parte, los países del Sur de Europa se caracterizan por muy poco gasto público en este ámbito (apenas 0,70% del PIB en 2011 en España).

Sin duda, uno de los mayores retos a los que se enfrenta la organización del estado del bienestar es la transición demográfica en la que están inmersos (en mayor o menor grado) todos los países occidentales, y que conduce inexorablemente hacia el progresivo envejecimiento de la población. El conjunto de los programas públicos de gasto social están organizados –explícita o implícitamente mediante un sistema de reparto (pay-as-you-go), lo que implica que las prestaciones en cada momento (mayoritariamente dirigidas hacia los mayores) se financian principalmente con las contribuciones que en ese mismo momento realizan las generaciones activas. La progresiva caída de la relación entre población en edad de trabajar y población mayor de 65 años (la inversa de la denominada tasa de dependencia demográfica de los mayores) provocará un incremento de la presión sobre las generaciones más jóvenes para poder hacer frente a los gastos de los mayores. Sin embargo, el problema no se limita exclusivamente al ámbito del gasto público, ya que en buena medida éste no hace sino de sustituto de otros mecanismos de transferencia intertemporal de los recursos, como los mercados y especialmente las familias. Es decir, el envejecimiento es un reto que necesariamente ha de afrontar la sociedad en general, y no únicamente el sector público en lo que se refiere a sus programas de gasto social en particular.

Las denominadas cuentas nacionales de transferencia (NTA), que comenzaron a elaborarse para diferentes países a principios de la década de los 2000, aportan valiosísima información acerca de los flujos de recursos que tienen lugar en un momento dado del tiempo en un país entre los individuos de diferentes edades. Es decir, permiten conocer la naturaleza y la cuantía de las transferencias intergeneracionales que se producen en una sociedad en un período concreto. Los perfiles por edad de consumo y renta laboral per cápita nos indican que los individuos, a lo largo de su ciclo vital pasan básicamente por dos etapas de déficit (la niñez y la vejez), en las que el consumo es superior a los recursos que generan, mientras que durante la edad activa son capaces de generar un superávit. Los mecanismos para traspasar ese superávit a las dos etapas de déficit son básicamente tres: los mercados (muy poco habitual en el caso de los niños), la familia, y el sector público. En aquellos países en los que el estado del bienestar está consolidado (caso de Europa y la mayoría de países avanzados) el sector público ha ido sustituyendo paulatinamente (en mayor o menor medida) a la familia y a los mercados como mecanismos de transmisión intertemporal (e intergeneracional) de la renta. Queda pendiente –es un tema frontera de la investigación actual en economía– aclarar la interacción entre la evolución económica y demográfica –que implica, también, cambios en la estructura familiar–, así como el papel que ha jugado en este proceso la política pública, la introducción del estado del bienestar.

Los perfiles de NTA de gasto público social por edad, confirman que en general se trata de programas cuya cuantía total está muy relacionada con la composición por edades de la población. Concretamente, el gasto per cápita en sanidad y pensiones, dos de los pilares más desarrollados del estado del bienestar, se

incrementa fuertemente a partir de los 60 años. En algunos países como Suecia, el aumento del gasto en salud es especialmente relevante, dado que incorpora un sistema de atención a la dependencia muy desarrollado. Así pues, el envejecimiento provocará, ceteris paribus, un incremento en el gasto social total que podría llegar a poner en peligro la sostenibilidad financiera del estado del bienestar, en tanto generaciones menos numerosas se verán obligadas a sustentar una proporción cada vez mayor de personas mayores.

Sin embargo, afrontar la nueva situación que suponen los cambios en la composición por edades de nuestras sociedades no implica necesariamente que el sector público deba intervenir menos, sino que implica repensar de manera integral toda la organización del ciclo económico vital de las personas. Vivir más no debería verse como un problema, sino como lo que realmente es: un gran logro social. Sin embargo, lo importante no es sólo vivir más sino también vivir cada vez mejor. En este sentido, serán claves en el futuro la búsqueda de maneras de promover la salud y los estilos de vida saludables, así como mejorar la capacidad de la gente mayor para que pueda vivir de manera independiente el mayor tiempo posible.

BIBLIOGRAFÍA

Abio, G., Patxot, C., Rentería y G. Souto (2015). "Taking Care of our Elderly and our Children: Towards a Balanced Welfare State", in Gas-Aixendri, M. and R. Cavalotti (Eds), *Family and Sustainable Development*, p. 57-71, Thomson Reuters, Spain.

Costa-Font, J. and V. Zigante (2014). *Long Term Care Coverage in Europe: A Case for 'Implicit Insurance Partnerships'*, LSE Health, WP no 37/2014.

Del Pozo, R. y F. Escribano (2013). "Coste agregado e individual esperado de la Ley de Dependencia en España a partir de los modelos de simulación de Monte Carlo y Multi-Estado de Discapacidad", *Hacienda Pública Española*, 204, p. 85-110.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Social Capitalism*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.

FEDEA (2016). *Observatorio de la Dependencia, Informe 2016*. Estudios sobre la Economía Española 2016/05, Federación de Estudios de Economía Aplicada, Madrid.

Lee, R. y A. Mason (2011). *Population Aging and the Generational Economy*. Edward Elgar, USA.

OCDE (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long- Term Care*, OECD, París.

OCDE (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term care*, OECD Health Policy Studies, OECD, París.

Patxot, C., E. Rentería y G. Souto (2015). "Can we keep the pre-crisis living standards? An Analysis based in the NTA profiles in Spain", *Journal of the Economics of Ageing*, 5, p. 54-62.

Russell, J.W. (2011). *Double Standard: Social policy in Europe and the United States*. Rowman Littlefields, USA.

UN (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, UN, New York.