

Jozef Pacolet
*Doctor en Economía por la Universidad Católica
de Lovaina, Bélgica*

PROTECCIÓN SOCIAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO DE BIENESTAR Y ÁMBITO DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Jozef Pacolet es Doctor en Economía por la Universidad Católica de Lovaina, Director de la Unidad de Política Económica y Social en el Instituto Superior de Estudios Laborales, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

RESUMEN

El texto analiza la implantación, coste y sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social a la dependencia, también denominados, como cuidados de larga duración (CLD) en el triple contexto de la permanencia de los Estados de Bienestar y de los niveles de gasto social, de la convergencia relativa de los niveles de gasto y modos de acción de los regímenes europeos de Estados de Bienestar y, finalmente, en el contexto de envejecimiento de la población y emergencia de nuevas necesidades sociales de cuidados a las personas en situación de dependencia.

Desde un enfoque económico de tipo comparativo e histórico se analiza cómo la implantación de sistemas de protección social a la dependencia es un desarrollo de los Estados de Bienestar europeos, que se corresponde con las demandas ciudadanas y que pueden construirse bajo sistemas de reparto o de solidaridad de intergeneracional que no excluyen formas mixtas de provisión en las que tienen cabida otros sistemas como los de tipo privado mercantil y no lucrativo.

ABSTRACT

The text analyses the implementation, costs and financial sustainability of the social protection systems for dependency, also known as long term care, in the triple context of the permanence of the welfare states and the level of social expenditure, of the relative convergence of the levels of expenditure and modus operandi of the European welfare states and, finally, in the context of the ageing of the population and the emergence of new social needs for the caring of people in situation of dependency.

From an comparative and historic economic point of view, the author analyses how the implementation of social protection systems for dependency are a development of the European welfare states, which corresponds to the citizen's demands and may be constructed under a system of sharing or intergenerational solidarity that does not exclude mixed forms of provisions that are characteristic of other systems such as the private, commercial and non lucrative system.

PALABRAS CLAVES

Protección social, gasto social, dependencia, cuidados de larga duración, pluralismo de bienestar, solidaridad intergeneracional, convergencia europea.

KEYWORDS

Social protection, social expenditure, dependency, long-term care, welfare pluralism, intergenerational solidarity, European convergence.

1. INTRODUCCIÓN

A mediados de los años noventa, organizamos un estudio comparativo europeo sobre la protección social de personas mayores dependientes y la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000). Fue precisamente en los años noventa cuando se produjo un interés creciente por el envejecimiento de la población bajo la influencia del Año Europeo y Año Internacional de Las Personas Mayores. Se utilizó en esta investigación una definición amplia de la protección social tanto en prestaciones monetarias como en servicios. El nivel y adecuación de las pensiones y el nivel del seguro sanitario deberían ser considerados junto con los servicios especiales y las prestaciones para personas dependientes (en general o para aquellos mayores de 65 años). También deberían considerarse las formas de financiación, ya que puede existir un nivel muy elevado de financiación pública, aunque también puede darse la privatización ya que cada vez más responsabilidades son asumidas por el sector privado. También podría darse el caso de una total privatización de la provisión de prestaciones y de la financiación de los seguros. Desde entonces, se han tomado nuevas iniciativas en la protección de las personas mayores, sobre todo debido a la introducción de un seguro específico de cuidados de larga duración en algunos países, y a una mayor expansión de los cuidados a personas mayores en otros países. Nuestra primera serie de proyectos sobre la protección social de las personas mayores consistió en la búsqueda de datos y cifras. Desde entonces, el interés especial por el impacto del envejecimiento de la población implica que los cuidados de larga duración (CLD) son, no solo en términos macro-económicos sino también micro-económicos, el centro de interés de la OCDE y la Comisión Europea, tanto en la actualidad como en previsiones de futuro (OCDE, 2006; Comité de Política Económica, 2005).

A continuación, contrastamos la visión que teníamos de los CLD en Europa con las nuevas evidencias que nosotros mismos hemos recopilado en el marco de un proyecto más amplio sobre la situación del Estado de Bienestar en Europa (Pacolet, ed., 2006). Ampliamos nuestro análisis previo a los 25 Estados miembros, aunque aplicando la misma tipología que utilizamos en estudios previos sobre el Estado de Bienestar (Pacolet, 2003; Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000) y la protección social de las personas mayores en situación de dependencia, ya que dicha distinción seguía siendo relevante. Nos centramos especialmente en la sostenibilidad del gasto en pensiones y salud (y cuidados de larga duración) así como las nuevas iniciativas tomadas en ese contexto. Contrastamos aún más nuestra información sobre la disponibilidad y asequibilidad de los servicios para las personas mayores con nuevas evidencias.

El interés por los seguros de cuidados de larga duración llegó tarde a la agenda política, probablemente porque las consecuencias aparecerían más tarde. Se incluyó en la agenda en un momento desafortunado de interés creciente por la competitividad de la economía europea y la necesidad de una ortodoxia y austeridad presupuestaria permanentes. Junto al coste emergente del envejecimiento de la población, la pregunta clave es: ¿en qué dirección están evolucionando los sistemas de protección social de los CLD y cómo se ven influenciados esos sistemas por las fuerzas económicas y el pensamiento económico? Sin embargo, concluimos que el Estado de Bienestar europeo sigue avanzando en el progreso social, especialmente en lo que se refiere al cuidado de personas mayores dependientes.

2. DEFINICIÓN AMPLIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR DESDE LOS AÑOS NOVENTA HASTA HOY

En nuestro primer informe en 1995 (Pacolet, Versieck, 1998) llegamos a la conclusión de que era demasiado pronto para que la integración económica europea (creación del mercado interno de 1992 y la unión monetaria) mostrara sus efectos. Se demostró que el Estado de Bienestar estaba 'vivo y coleando' y se tomaron nuevas medidas para desarrollar aún más los sistemas de cuidados infantiles, la conciliación de la vida familiar y laboral, y los cuidados de larga duración. Aparecieron entonces las tendencias a la selectividad, la atención a grupos muy concretos, la prueba de recursos y a la responsabilidad individual y algunos temieron que se diera una tendencia a la dualización de la sociedad. Se debatió si el desempleo masivo es el mayor de los problemas puesto que era la consecuencia de la generación del baby-boom que entró masivamente en el mercado de trabajo. No se tomaron decisiones estructurales para afrontar el tema del desempleo. Algunos pensaron incluso que tendría lugar un problema de demanda. Fue en 1997 cuando la UE lanzó la Estrategia Europea Empleo y logró así situar el tema del desempleo como prioridad de la agenda institucional. ¿Fue demasiado poco y demasiado tarde?

En torno al 2000, todos los Estados miembros alcanzaron la unión monetaria bajo una senda de crecimiento, y la mayoría accedió en 1999. A pesar de las diferentes situaciones económicas, los Estados de Bienestar eran estables (Pacolet, 2003). Queríamos poner a prueba la hipótesis del relanzamiento de la protección social. No se produjeron más pasos hacia una mayor expansión de los Estados de Bienestar, y hubo dudas crecientes sobre si continuaría su expansión a la luz de las recientes necesidades demográficas. La introducción de un sistema con tres pilares, más competitividad, más co-seguros, priorizar la lucha contra la pobreza, la

financiación mediante impuestos en vez de con cotizaciones de la Seguridad Social – todos estos elementos podrían haber cambiado sustancialmente el sistema en el futuro. El creciente consenso a favor de una mayor participación en el mercado de trabajo no vino acompañado de una oferta similar de nuevos empleos. ¿Cómo se llegaron a concretar estas tendencias? Desarrollamos este punto con mayor detalle en los siguientes epígrafes.

3. ¿PREOCUPACIÓN CRECIENTE POR EL CRECIMIENTO, LA COMPETITIVIDAD...Y LA PROTECCIÓN SOCIAL?

El estancamiento de la economía europea en los años noventa condujo a una ambición reforzada de la UE por fortalecer la economía europea, su competitividad, su capacidad para crear puestos de trabajo y su cohesión social (Estrategia de Lisboa de 2000 para los próximos 10 años). Informes recientes de grupos de expertos de alto nivel, tales como el de Sapir (2003) y Kok confirman la necesidad de relanzar la competitividad y el reto de combinarla con el Modelo Social Europeo. Las directrices políticas y económicas procuran relanzar la competitividad a través de políticas macro-económicas y micro-económicas. También existe una especial atención (en el Comité Político y Económico entre otros) sobre el impacto del envejecimiento de la población en la sostenibilidad de las finanzas públicas y en el desarrollo económico. Se instauró un Comité de Protección Social. Desde 1997, la Estrategia Europea de Empleo (que ha llegado demasiado tarde, pero esperamos que el esfuerzo no sea demasiado pequeño) se puso en marcha y, desde el año 2001, con el Método Abierto de Coordinación (MAC) se ha relanzado en varias áreas de protección social (pensiones, inclusión social, y también ahora salud y cuidados de larga duración). Mientras tanto, los nuevos Estados miembros preparaban su entrada en la UE y en 1999, se lanzó el euro, tras el proceso de convergencia desde 1992 con los criterios de Maastricht y su reforzamiento en 1997 con el Pacto por la Estabilidad y el Empleo.

A continuación, ofrecemos una ilustración de los grandes hitos de la integración europea económica y social. Se trata de una selección incompleta, que combina acontecimientos clave y otros menos relevantes. El simple hecho de integración del MAC en todas las políticas ilustra el auténtico impacto de la dimensión europea. Pero la cuestión es si la llamada 'regulación blanda' puede influir en el resultado.

Se necesitaron más de dos décadas para añadir – que no integrar - un Protocolo Social al Tratado de Maastricht. El Tratado de Ámsterdam amplió el desarrollo de las competencias en política social al integrar el protocolo, entre otros. La conse-

cución del mercado interno se centraba en el crecimiento. En 2000, la Estrategia de Lisboa lo amplió al crecimiento, el empleo y la cohesión. En 2002, el Tratado de Niza formalizó el Comité de Protección Social establecido por el Consejo sobre la base de las conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, de forma que una visión más equilibrada del futuro de Europa pudiera desarrollarse. Este Comité está diseñado para promover la cooperación entre políticas de protección social entre los estados miembros y la Comisión. La Constitución Europea se refiere a Europa como una 'economía social de mercado'

Tabla 1 Algunos hitos institucionales relevantes en la Unión Europea que contextualizan este artículo

1985	La Comisión envía al Consejo Europeo el Libro Blanco titulado 'Completar el Mercado Interno' (en 1999)
Febrero 1986	Acta Única Europea
Febrero 1992	Tratado de Maastricht (7 de febrero de 1992), combina do con el Protocolo sobre Política Social
1992	Finaliza el proceso de abolición de las barreras restantes al Mercado interno
1993	El Mercado Único Europeo entra en vigor
1995	Austria, Finlandia y Suecia acceden a la UE de los 15
1996	Pacto por la estabilidad que refuerza la Convergencia
Octubre 1997	Tratado de Ámsterdam, integra un capítulo social en el Tratado y amplía el papel de la UE en materia de salud. Comienza la Estrategia Europea de Empleo
Enero 1999	Comienza la Unión Monetaria Europea en 11 estados miembros (zona euro)
2000	Estrategia de Lisboa para el crecimiento, el empleo y la cohesión social
2000	Primera Agenda Social adaptada 2000-2005
Enero 2001	Grecia entra en la zona euro
2001	Comienza el MAC en las pensiones y la inclusión social
7 de diciembre 2000	Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Consejo Europeo de Niza
Diciembre 2001	Instauración de la Convención del Futuro de Europa
1 de enero 2002	Introducción de la moneda euro
2002	Tratado de Niza: se formaliza el Comité de Protección Social
2003	Integración del Método de Coordinación Abierta (MAC) en las pensiones, la inclusión social, la salud y los CLD que llevan a un informe conjunto sobre protección social a partir del año 2005

2004	Comienzo del MAC en temas de salud y cuidados de larga duración
Mayo 2004	Ampliación de la UE a 10 nuevos estados miembros
Octubre 2004	Una Constitución para Europa
Febrero 2005	Se aprueba la Agenda Social 2005-2010
2006-2008	'Integración completa' Directrices políticas y económicas y MAC en temas de protección social

Las crecientes referencias a la dimensión social deberían esperanzarnos. La cuestión es cual será el auténtico resultado en protección social. Al centrarnos en la salud, los cuidados de larga duración y las pensiones, el impacto del envejecimiento sobre la viabilidad de los estados de bienestar estará en primer plano. Queremos demostrar (o rebatir si es necesario) cómo puede el estado de bienestar asegurar la calidad, unos sistemas adecuados de seguridad social, inclusión, sanidad y pensiones después de la jubilación.

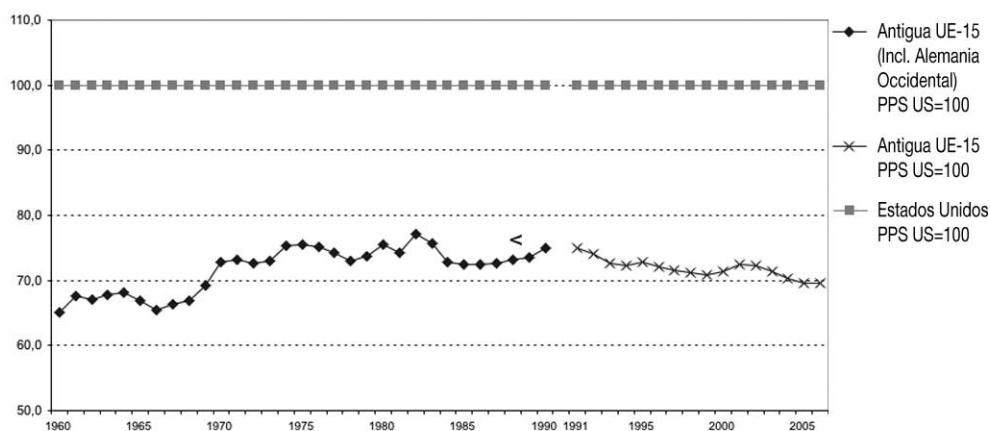
Debido en parte a la subsidiariedad, la protección social llegó tarde a la preocupación de los políticos europeos. Esto puede conllevar que transcurra demasiado tiempo entre los problemas planteados y las políticas que los den respuesta. Un ejemplo de ello es como en 1998 comenzaron las directrices europeas para el empleo en un momento en el que las tasas de desempleo llegaron a su punto más alto, mientras que el pleno empleo había desaparecido desde hacía más de dos décadas en muchos estados miembros. Pero por otro lado, también puede acelerar el interés político, tal y como se demostrará más adelante con las iniciativas que evalúan el impacto del envejecimiento sobre la protección social.

La política social europea forma ahora parte de un gran número de planes e informes que no han hecho más que empezar. El estado de bienestar social es una misión de la Constitución Europea, la carta de derechos sociales está incluida con detalle en la Constitución Europea, así como los métodos para alcanzar los objetivos propuestos. Así, la cuestión crucial sería cómo los procesos europeos influyen en los estados de bienestar nacionales.

4. DEL DESARROLLO ARMÓNICO A LA INCERTIDUMBRE

Al principio de este nuevo milenio nos encontramos ante una UE en peligro, tal y como se señala en el Informe Sapir (Agenda para una Europa en crecimiento, 2003) – así como el Informe Kok que hace el mismo diagnóstico – los primeros 30 años 1945-1975, los 'treinta gloriosos', fueron realmente un periodo de crecimiento, estabilidad y cohesión social sin precedentes. El crecimiento rápido, la estabilidad

macroeconómica y el estado de bienestar se reforzaron mutuamente, resultando en una convergencia comparable con la sociedad opulenta de los EEUU desde un índice de 40 a otro de 70 (la paridad de poder de compra en USA es 100) (Sapir, p. 93). Desde entonces se estabilizó, y recientemente ha empezado a decaer, tal y como señala el Informe Kok (Kok, p. 14, Sapir, p. 21). ‘De mantenerse firme, Europa está ahora perdiendo terreno’ (Kok, p. 14). ‘El coste del estado de bienestar permaneció manejable, la tasa de gasto público en relación al PIB de la UE-15 seguía siendo relativamente modesta con un 36% del PIB en 1970. Tres ítems conformaban casi todo el gasto público: consumo público (15%), transferencias (14%, incluyendo, 12% de transferencias sociales y 2% de subsidios) e inversiones públicas (4%)’.



Fuente: Cálculo propio en base a AMECO (Comisión Europea) IN Sapir, 2003.
Gráfico 1 PIB a precios corrientes per capita (PPP US =100), 1960-2006

Desde entonces, el estancamiento y el desempleo conllevaron déficits presupuestarios y aumento de la carga de la deuda. También las nuevas y crecientes demandas en favor de una mejor protección social hicieron que las tasas de gasto de PIB alcanzaran niveles por encima del 50% en los años noventa. Fue la política europea de Maastricht y el Pacto por la Estabilidad y el Crecimiento los que facilitaron que las finanzas públicas estuvieran bajo control, previniendo así un mayor deterioro de su situación. La sostenibilidad de las finanzas públicas se convirtió en una importante referencia para evaluar los sistemas actuales y futuros de protección social (ver las actividades del grupo de trabajo sobre envejecimiento del Comité Europeo de Política Económica). Lo peor que le podría pasar a los sistemas de protección social sería una especie de ‘Financiación Ponzi’¹ de los déficit públicos.

¹ Aumentar la deuda para pagar el interés de la deuda contraída con anterioridad.

Al comparar el modelo europeo con el de los EEUU, queda claro que el intento de alcanzar la rentas nacional de EEUU se paralizó hace ya décadas. Los altos niveles de protección social se mantuvieron, incluso mejoraron, y probablemente fueron necesarios debido a que el desempleo y los bajos niveles de ocupación persistieron en el tiempo.

Tabla 2 Desarrollo competitivo de la UE vs. EEUU

	PIB per capita		PIB/ horas de trabajo		Horas de trabajo por persona ocupada		Empleo / población en edad de trabajar		Población en edad de trabajar/ población	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000
UE-15	69.0	70.3	64.8	90.7	101.0	85.6	103.6	87.6	101.7	103.4
EEUU	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Sapir, 2003, p. 23

La Estrategia de Lisboa pretendió reaccionar al estancamiento del crecimiento y el dramático nivel de desempleo cambiando las prioridades de las políticas europeas. La posición relativa de Europa frente a EEUU destaca algo de esto en perspectiva. Desde 1950 hasta 1970, hubo un incremento relativo del PIB per cápita comparado con el nivel de EEUU de 45 a 70 (Sapir, 2003, p. 21; Kok, 2004, p.), pero desde entonces se ha estabilizado. No porque no hubiera una baja productividad, ya que continuó el proceso de crecimiento del PIB por hora trabajada, sino debido a la escasez de horas trabajadas por persona empleada y el descenso relativo en el empleo comparado con la población en edad de trabajar (Sapir, p. 23). Lo primero podría indicar una preferencia de los europeos por el ocio, un aspecto importante del progreso social. Lo último es sin duda lo más dramático y también quizás subestimado. Desde que emerge en 1972 el interés por la dimensión social de Europa, no se ha vuelto a lograr el pleno empleo.

El estancamiento del crecimiento económico y el drama de no lograr el pleno empleo desde las dos crisis del petróleo, no sólo frenó el proceso de convergencia con los niveles de EEUU, sino que se produjo el efecto inverso desde principios de los noventa. Ello implicaba una mayor demanda de recursos para protección social, en un momento en el que cada vez era más difícil proveerlos. El envejecimiento de la población hará esta tarea todavía más difícil.

5. PLURALISMO DE BIENESTAR BAJO UNA SENDA COMÚN DE CRECIMIENTO

5.1 Pluralismo de bienestar

No nos centraremos en la forma en la que el estado de bienestar está organizado. En investigaciones previas sobre el estado de bienestar y la protección social de personas mayores dependientes, hicimos una caracterización en línea con los estados de bienestar de Bismarck y Beveridge (Pacoleet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000). La UE se caracteriza por un pluralismo de bienestar lo que implica el logro de objetivos similares con el concurso de diferentes instituciones. La UE-25 ofrece ahora una amplia variedad de diferentes, aunque similares, estados de bienestar del tipo Bismarck, Beveridge, nórdico, mediterráneo o híbridos. En este informe hemos utilizado cuatro grupos en los antiguos estados miembros, distinguiéndolos de los nuevos estados miembros, donde la transición ha venido dándose a un ritmo más rápido. Utilizamos esos grupos para presentar algunas cifras sobre la situación del estado de bienestar y el grado en el que las economías de mercado se han visto modificadas mediante el gasto público.

Tabla 3 Clasificación práctica de los estados miembros UE25 y sus regímenes de estados de bienestar

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región central

Bélgica
Austria
Luxemburgo
Alemania
Países Bajos
Francia

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región mediterránea

Grecia
Italia
España
Portugal

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Beveridge

Reino Unido
Irlanda

Antiguos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Beveridge. Países Nórdicos

Dinamarca
Finlandia
Suecia

Nuevos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck (más o menos)

Hungría
Polonia
República Checa
Eslovaquia

Nuevos Estados Miembros. Región báltica (orientación de tipo nórdico /orientación Beveridge)

Estonia
Latvia
Lithuania

Nuevos Estados Miembros orientados hacia estados de bienestar del tipo Bismarck. Región mediterránea

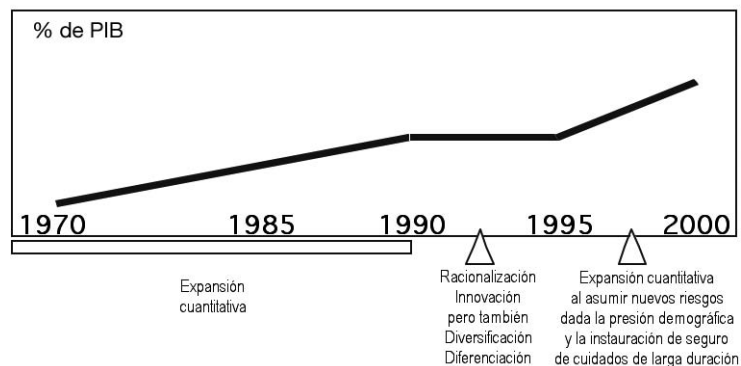
Eslovenia
Malta
Chipre

5.2. Una senda común de crecimiento hacia la protección social

Analizamos a continuación el gasto social de los estados miembros de la UE25 en busca de una senda común de crecimiento de la protección social.

El desempleo, el estancamiento económico, pero también las mismas transiciones demográficas podrán en tensión el estado de bienestar, especialmente los regímenes de pensiones y los sistemas sanitarios.

En el siguiente gráfico, describimos cómo después de los 'treinta gloriosos' años 1945-1975, se ha desarrollado el estado de bienestar, no sólo como respuesta a la crisis del desempleo, sino para ofrecer a las personas una seguridad aceptable y de calidad contra el riesgo de la vejez y la enfermedad. La cuestión es cómo podrá ser sostenible en el futuro para hacer frente a las generaciones del baby boom, ya que precisamente se diseñó para este tipo de riesgos.



Fuente: Pacolet J., R. Bouten, H. Lanoye, K. Versieck, 1999, p. 22

Gráfico 2 Modelo estilizado de expansión de la protección social para las personas mayores: ¿Un modelo europeo común?

6. UNA SÍNTESIS COMPARATIVA POR PAÍSES: CÓMO SE HAN CONVERTIDO LAS SOCIEDADES OPULENTAS EN ESTADOS DE BIENESTAR

6.1. Gasto público total

En los últimos años y meses hemos tenido acceso a información estadística actualizada así como descripciones institucionales de los sistemas del estado de bienestar y protección social.

En este apartado comparativo por países, nos limitaremos a actualizar y/o a analizar algunos aspectos adicionales relacionados con los temas presentados en informes anteriores:

- Nivel y estructura del gasto social público y privado
- Empleo en el sector público y algunos subsectores

La mayor parte del gasto social se destina a seguridad social, de la cual el gasto en salud y pensiones es el principal gasto. En el futuro, este gasto se elevará debido al impacto demográfico del envejecimiento que será cada vez más importante. Aparecerán nuevos riesgos, pero también nuevas expectativas.

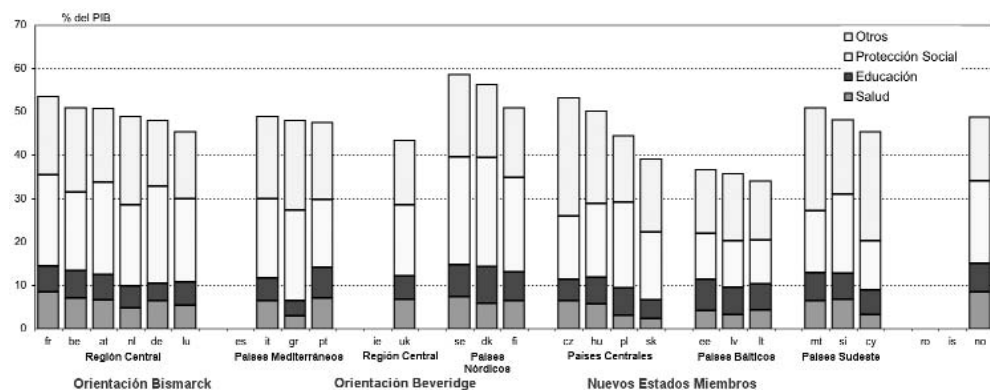
En un sentido más amplio, el gasto social se amplía cuando consideramos otros gastos sociales (Cuadros 3 a 5) como son educación y otros gastos públicos. Pero también existen otras formas de intervención estatal. El papel del estado no está solamente relacionado con el gasto social, tal y como queda ilustrado por el presupuesto total de los Estados miembros (UE-15) en el año 2000. El 44.7% del PIB se distribuyó por el presupuesto del estado, del cual el 19.2% se destinó a protección social, un 5% a educación y 5.6% a sanidad (Sapir, 2003, p. 20).

El gasto público y privado en las economías mixtas o economías social de mercado puede describirse mejor por el peso del gasto público total (lo que implica también impuestos y cotizaciones sociales) en la economía total, el nivel de gasto social y la participación del empleo público o sin ánimo de lucro en el empleo total de la economía.

En las definiciones más amplias, algo más de la mitad de la renta nacional es distribuida a través de la intervención del gasto público. Cuando, en los años 70, esto suponía en muchos países una media de 35% (Salir, 2003), alcanza en la actualidad unos niveles entre 45 y 60%. Distinguimos entre el gasto público destinado a la educación, la sanidad, otras categorías de protección social y otros gastos públicos, especialmente administración, defensa, etc. El nivel más elevado de gasto público sigue estando en los países escandinavos, pero también en los nuevos estados miembros que muestran un elevado nivel de gasto público. Los niveles más bajos se encuentran en los países bálticos.

El gasto público total alcanza un máximo de 59% en Suecia y 56% en Dinamarca y un nivel muy bajo en la actualidad en Irlanda. Una parte importante de ese porcentaje se dedica a consumo propio, administración, hasta un 25% en algunos países escandinavos. El gasto en protección social se incrementa con el gasto en sanidad. Otra última parte del gasto es destinada a educación.

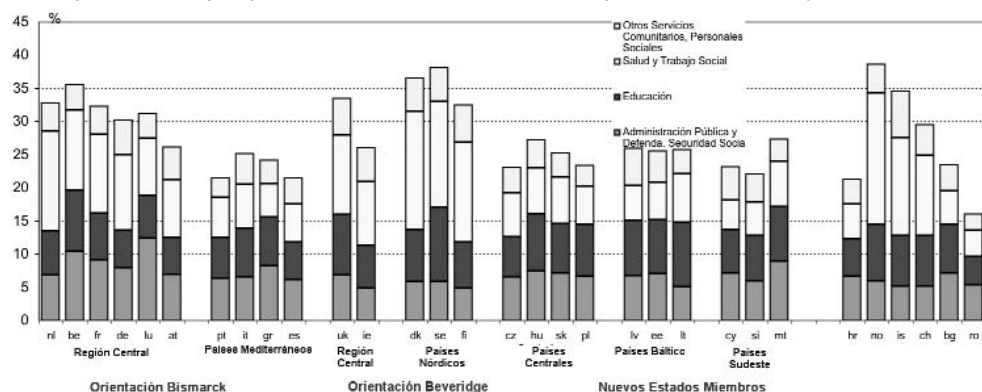
El gasto en educación y en sanidad está considerado cada vez más como inversión en capital humano crucial para el crecimiento económico. Esto se admite en general para educación, y menos a menudo para sanidad, aunque queda descrito claramente en el último informe de la UE sobre competitividad (Informe sobre Competitividad Europea 2004). Aquellas inversiones en capital humano implican la creación de puestos de trabajo (ver más adelante) de forma que nos acercan al pleno empleo al tiempo que mejora la empleabilidad de los trabajadores.



Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

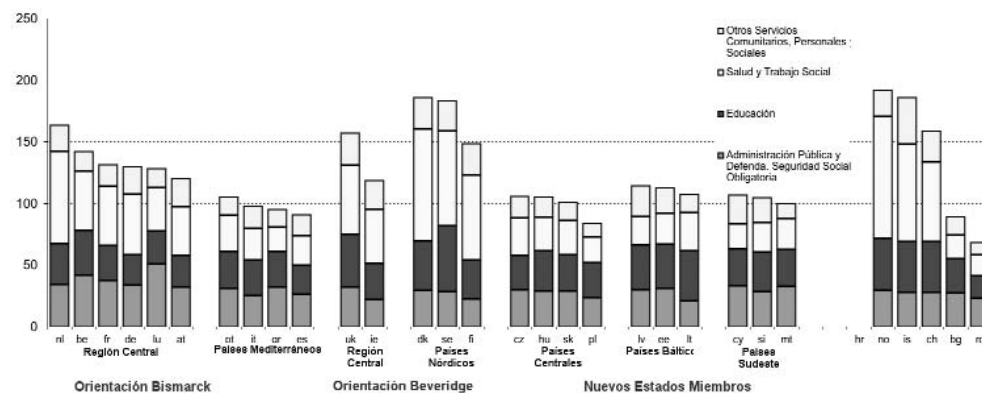
Gráfico 3 Gasto público general por función como % del PIB, 2003 y grupos de países

Otra forma de analizar el gasto público es la creación de puestos de trabajo que existe detrás del consumo público y la provisión de servicios públicos y sociales. Esta creación de puestos de trabajo puede expresarse como una parte de la creación total de puestos de trabajo, o en números absolutos de empleos públicos por 1000 habitantes. Los países nórdicos tienen, en términos relativos y absolutos, el sector público más desarrollado, seguidos por los antiguos estados miembros de orientación bismarckiana. La administración parece desarrollarse de forma similar en todos los estados miembros, pero la sanidad así como otros servicios sociales están más desarrollados en los países nórdicos y en aquellos de orientación bismarckiana. En todos los nuevos estados miembros, y también en los países mediterráneos, la creación de puestos de trabajo en los servicios públicos es escasa. Estos gráficos ilustran especialmente el diferencial de empleo que existe entre esos países, lo que podría facilitar la creación de puestos de trabajo.



Fuente: Eurostat

Gráfico 4 Empleo total en el sector no lucrativo público y privado, como porcentaje del pleno empleo, 2004 (segundo semestre)



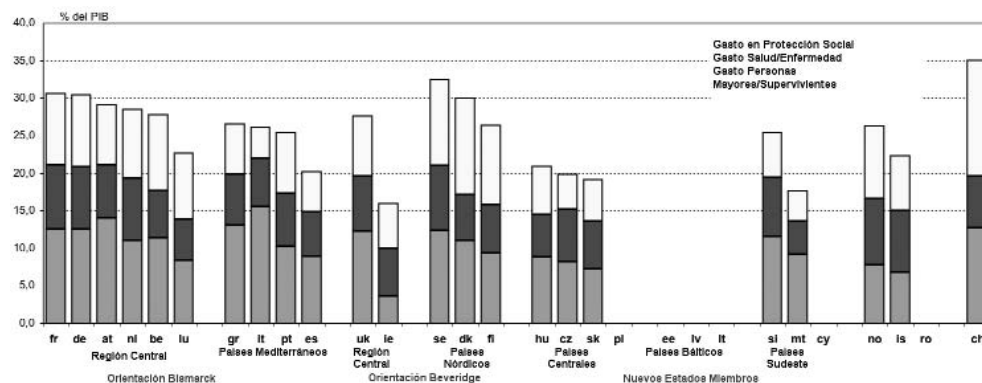
Fuente: Eurostat

Gráfico 5 Empleo total en el sector no lucrativo público y privado, por 1000 habitantes, 2004 (segundo semestre)

6.2. Gasto en protección social

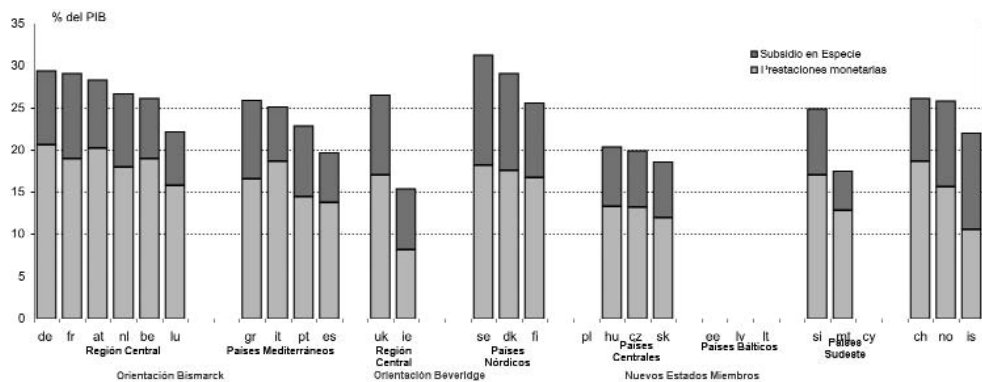
En los gráficos 6 y 7, describimos en detalle el gasto social: seguridad social y sanidad. En casi todos los países, cerca de dos tercios de ese gasto está relacionado con los riesgos del envejecimiento (pensiones y gasto sanitario, de los cuales más de la mitad está dedicado a personas mayores de 65 años).

El gráfico 7 ilustra que en algunos países, los estados de bienestar más maduros tienen mayores prestaciones sociales en especie. Esto suele suponer servicios mejor desarrollados.



Fuente: ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 6 Gasto en protección social como % del PIB, 2002

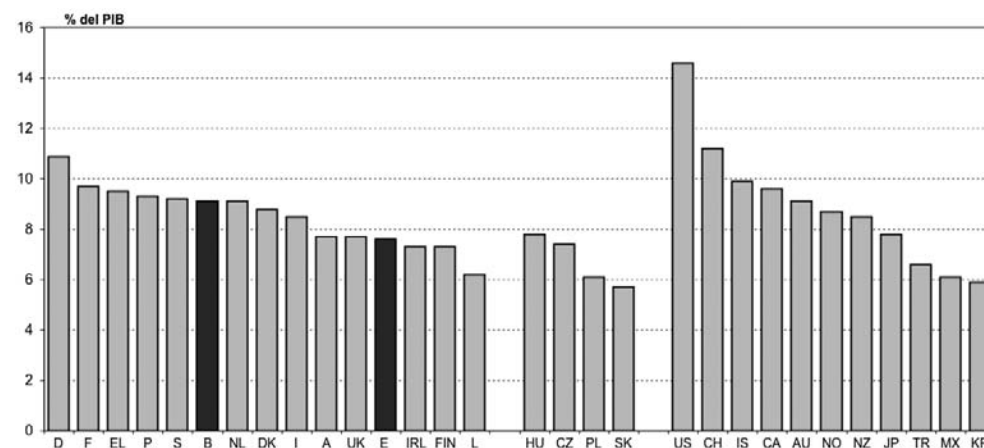


Fuente: ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 7 Gasto en protección social, prestaciones sociales en especie y monetarias como % del PIB, 2002

6.3. Gasto sanitario: gasto público y privado y creación de empleo en los servicios sanitarios y sociales

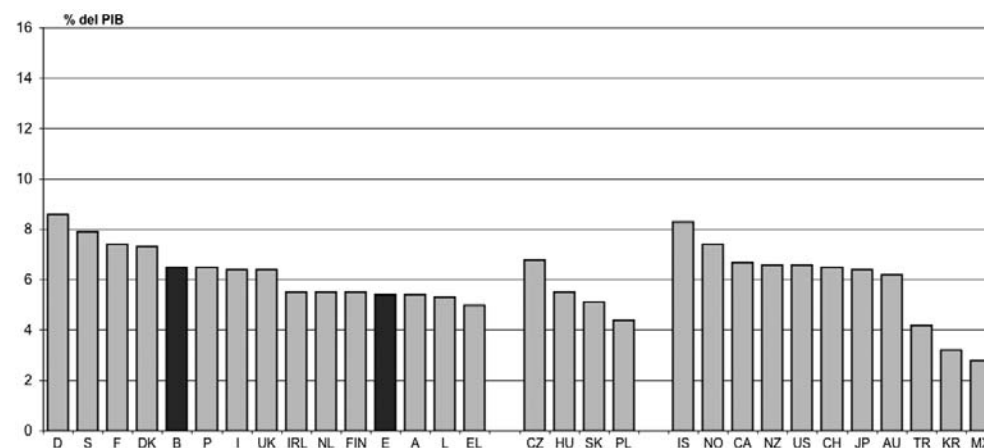
Agrupamos en los gráficos 8 – 10 el gasto total, público y privado, en sanidad (y cuidados de larga duración) para los antiguos y nuevos estados miembros de la UE así como algunos países miembros nuevos y podemos concluir que, por ejemplo en el caso de Bélgica, según la perspectiva de los autores, y en España, según la perspectiva de los lectores, el gasto público y privado no es excesivo y se sitúa en línea con otros países de la región central de Europa. Incluso en EEUU hay un nivel similar de gasto público elevado, y un gasto total todavía mayor. No hay exuberancia. Países como Bélgica y, por supuesto, España, están muy por debajo de los países escandinavos. Tal y como ilustramos más arriba, el gasto social es una combinación de prestaciones sociales en servicios y monetarias. Las prestaciones sociales en servicios implican una mayor expansión de los puestos de trabajo creados en el ámbito sanitario y de los servicios sociales. Ilustramos estos servicios con más detalle en el gráfico 10 donde calculamos también la fuerza de trabajo asalariada y autónoma en los servicios sociales y sanitarios. En este sentido observamos mayores diferencias entre los estados de bienestar escandinavos y nórdicos, la situación intermedia de los estados de bienestar de la región central tales como Bélgica, Países Bajos, Francia, Alemania, Luxemburgo y los bajos niveles de creación de puestos de trabajo en los países mediterráneos. Los nuevos estados miembros tienen un nivel similar de creación de puestos de trabajo. Se constata claramente un ‘diferencial en servicios de sanidad y servicios sociales’ que ilustra además el gran potencial latente de creación de puestos de trabajo en estos servicios, excepto en los países nórdicos.



•Las cifras de Japón, Corea y México datan del año 2001, las cifras para Turquía son del año 2000.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de datos sanitarios de la OCDE 2004

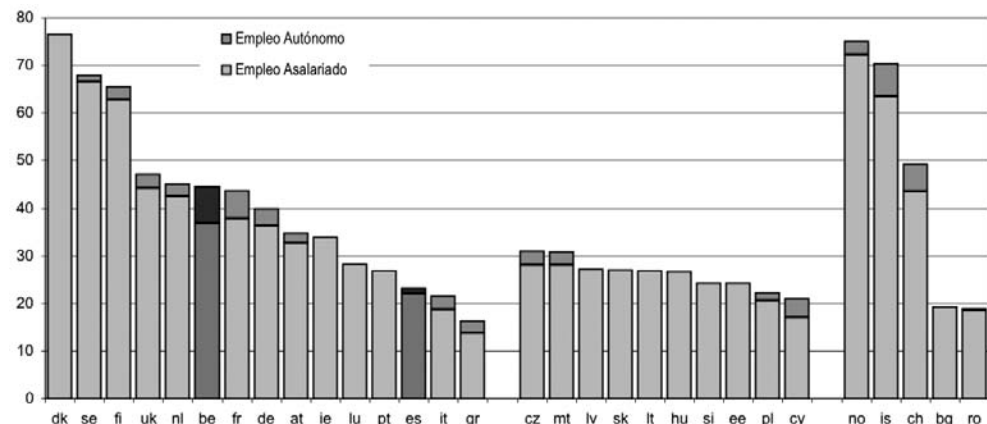
Gráfico 8 Gasto sanitario total como % del PIB, 2002



•Las cifras de Japón, Corea y México datan del año 2001, las cifras para Turquía y los Países Bajo son de 2000 y 1997.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de datos sanitarios de la OCDE 2004

Gráfico 9 Gasto público sanitario como % del PIB, 2002



1. Italia y Reino Unido: cifras de población en 2001.
2. Los Países Bajos, Malta e Islandia: cifras del 2002, Luxemburgo: cifras 2000; para Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Estonia, Latvia, Lituania, Hungría, Eslovenia, Eslovaquia y Bulgaria, no se disponen de cifras fiables para el empleo autónomo.

Fuente: Cálculo Pacolet en Coudron (HIVA-K.U. Lovaina) sobre la base de Eurostat, Encuesta Población Activa

Gráfico 10 Empleo asalariado y autónomo (38 horas semanales) por 1000 habitantes en las industrias de la salud y servicios sociales en varios países europeos, 2003

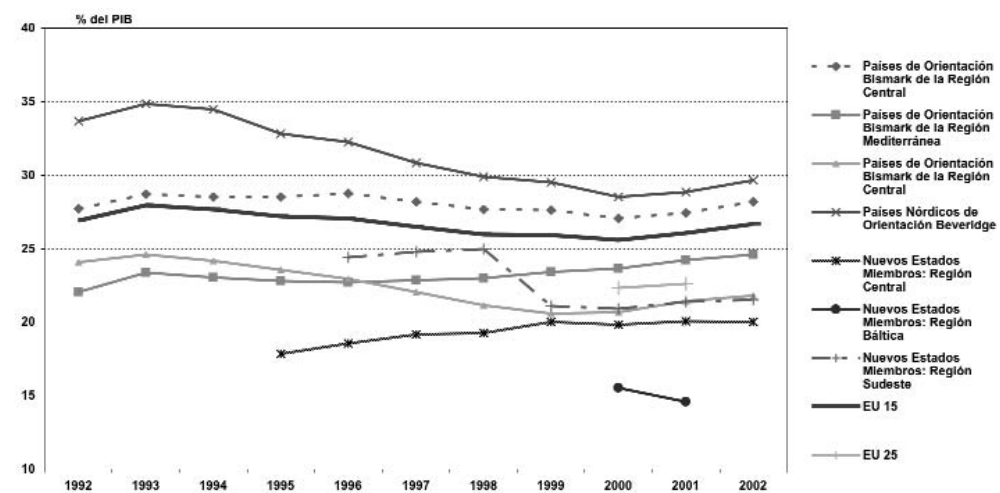
7. LA SOLIDEZ DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN GENERAL CON ESPECIAL ATENCIÓN A LAS PENSIONES

En el periodo de la posguerra, se crearon los estados de bienestar europeos a modo de desarrollo conjunto o 'concertación' entre los agentes sociales, los sindicatos, las organizaciones empresariales y el estado. El progreso económico y el crecimiento económico parecían ir de la mano. Aunque anclados en tradiciones y valores que van más allá de este período de la posguerra, en muchos países aquellos modernos estados de bienestar están celebrando sus aniversarios.

En el próximo gráfico, mostramos cómo el nivel medio (aritmético) del gasto social ha sido relativamente estable durante la última década. Decayó menos en los estados de bienestar de orientación bismarckiana, y se incrementó incluso en los regímenes de tipo bismarckiano de la región mediterránea. Junto con el descenso del gasto social de los países nórdicos, constatamos una cierta convergencia en los antiguos estados miembros. En 1992, la diferencia entre el gasto de los estados de bienestar nórdicos y mediterráneos era de más de un 10% del PIB. Esto se redujo

al 5% del PIB en 2002. Debemos subrayar que en todos los estados miembros desde el año 2000, vuelve a producirse un incremento en el gasto social como porcentaje del PIB. ¿Está siendo una realidad el estilizado gráfico 11?

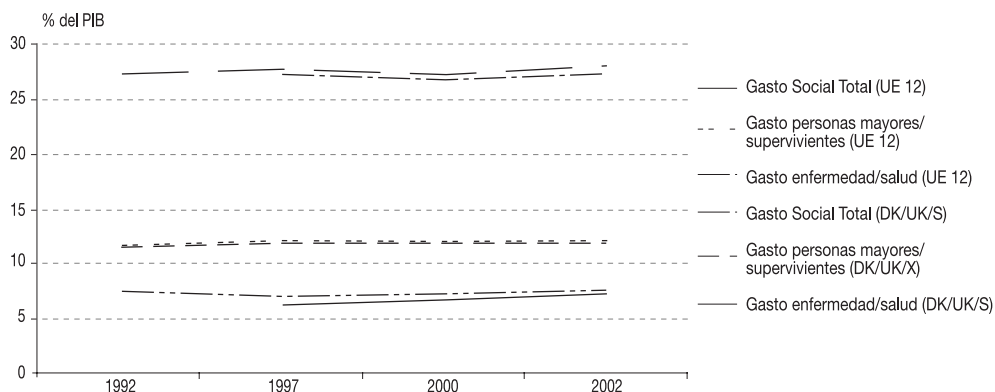
La convergencia hacia una moneda única podría haber influido sustancialmente en el nivel de gasto social. En el gráfico nº 12, mostramos para el gasto sanitario y en pensiones, la diferencia entre aquellos países de la UE15 que entraron en la zona euro, y aquellos que no lo hicieron. Las medias se valoran con la importancia relativa de sus economías. Vemos que no hay una evolución diferente entre la UE12 y el resto (Reino Unido, Dinamarca y Suecia). Incluso hay un ligero aumento en el nivel total del gasto en protección social de la Europa de los 12. Así que no podemos observar diferencia alguna ni en el nivel total del gasto ni en su evolución en el tiempo. Parece que la protección social no está en contradicción con la integración monetaria de la UE. Al menos la moneda única no parece requerir un recorte en protección social hasta ahora.



1 Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

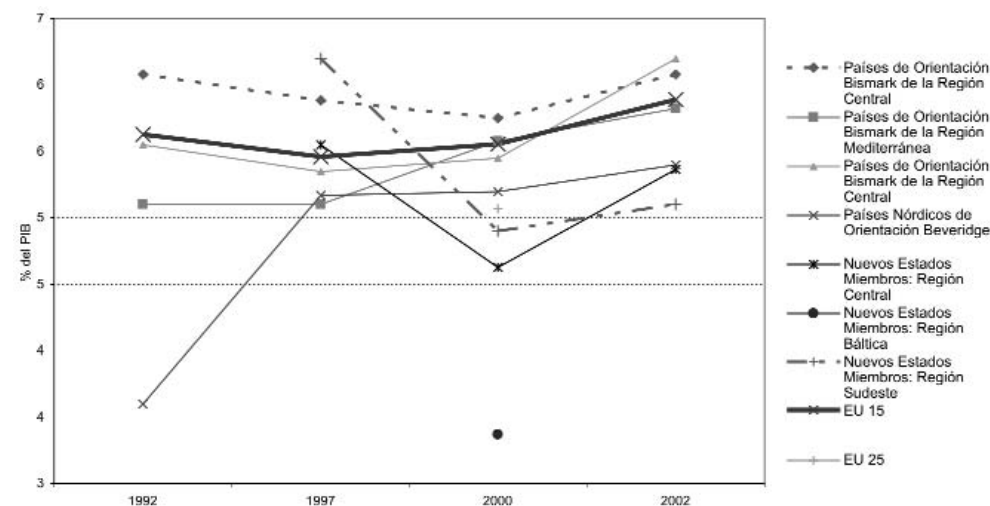
Gráfico 11 Gasto total en protección social como % del PIB; 1992-2002



Fuente: Cálculos propios basados en ESPROSS (Eurostat)

Gráfico 12 Gasto de protección social en la zona euro y el resto de la UE15

En el próximo epígrafe, analizamos con más detalle el gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Sólo comentar por el momento (ver Gráfico 13) acerca de otro sistema de protección social: las pensiones. Podemos concluir que desde la última década, no ha habido un cambio sustancial en el porcentaje de PIB gastado en pensiones, pero no hay un claro impacto en el nivel de PIB sobre este gasto. Al contrario, parece ser constante en el tiempo a lo largo de la última década, y no esperamos demasiados cambios por razones demográficas (la generación del baby boom comenzará a jubilarse sobre todo en la próxima década). La gran diferencia entre países con el mismo nivel de renta per capita y su gasto en pensiones es síntoma de diferencias políticas e institucionales. Lo que destaca claramente es la influencia demográfica sobre el nivel total: las economías más antiguas se gastan más en pensiones. De nuevo, esto es lo que puede esperarse, y para ello ha sido diseñado el sistema de pensiones. Así, los sistemas de pensiones parecen ser robustos y viables bajo la presión de cambios demográficos y económicos que han afectado a Europa en la última década. ¿Qué está pasando con la sanidad y los cuidados de larga duración?



1. Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

Gráfico 13 Gasto en personas mayores como % del PIB, 1992-1997-2000-2002

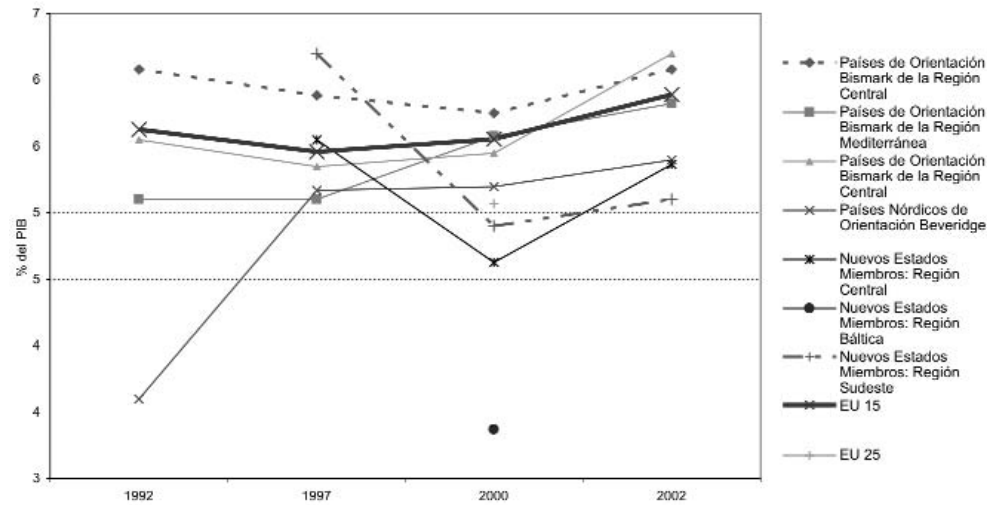
8. LA SOLIDEZ DEL GASTO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA UE

En materia de sanidad y cuidados de larga duración, intervienen la seguridad social y el estado. Además, existe una creciente coincidencia en que la sanidad contribuye al crecimiento económico y la creación de empleo y existe la creencia de que la longevidad, la riqueza y la renta, y la salud, incrementarán la demanda de más gasto sanitario. Desde principios de los años noventa, hay un interés creciente a nivel internacional por los cuidados de larga duración ya que estos se ven sustancialmente afectados por el envejecimiento de la población, así como varias iniciativas nacionales adoptadas para desarrollar sistemas de seguros de cuidados de larga duración, de modo. Aquí debatiremos sobre la sanidad y los cuidados de larga duración conjuntamente.

Es necesario diferenciar entre la financiación y la provisión de servicios sanitarios y cuidados de larga duración. Con respecto a este último, el pluralismo prevalece: las organizaciones públicas, privadas, sin ánimo de lucro y con ánimo de lucro están presentes en la provisión de servicios.

En el análisis del gasto público en sanidad durante el periodo 1992-1997-2002, constatamos la imagen estilizada de un crecimiento común, un periodo de estan-

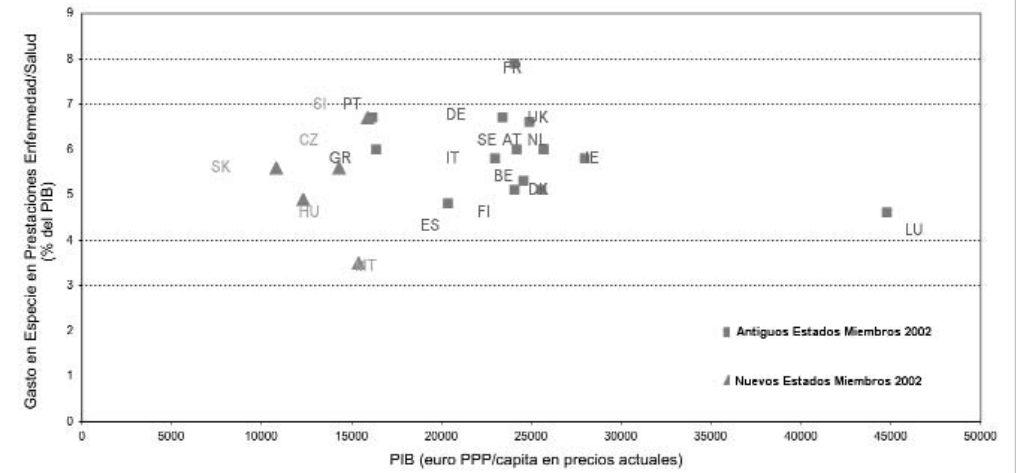
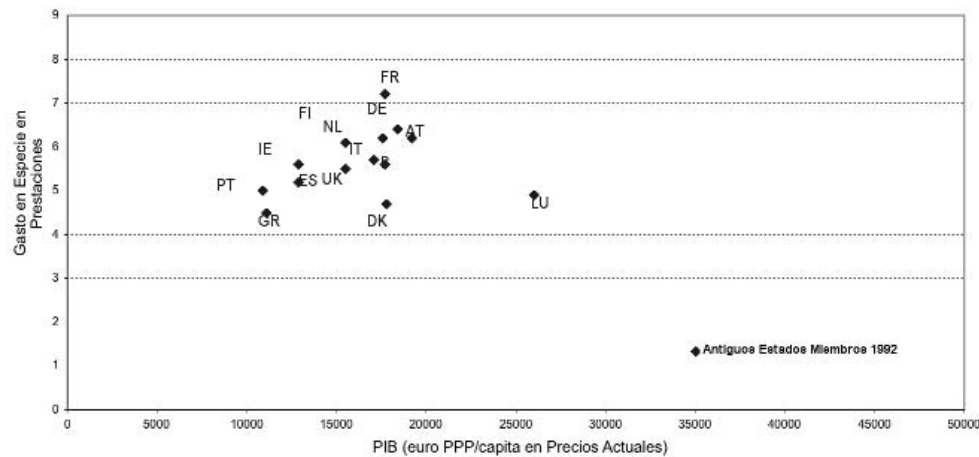
camiento, otro de declive y una posterior expansión. En muchos países la sanidad y los cuidados de larga duración resistieron los recortes presupuestarios, y después de periodos de deterioro o estancamiento ha vuelto a incrementarse en el periodo 1997-2002. En informes anteriores sobre protección social para personas mayores dependientes señalamos que la presión demográfica y 'la voluntad de las personas' o demanda social incrementarían la presión en pro de la expansión del sector sanitario. En algunos países como Bélgica y Reino Unido, esta expansión ha continuado desde 2002. En otros países, el periodo se abrirá con la implantación explícita del seguro de cuidados de larga duración.



1. Media aritmética

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

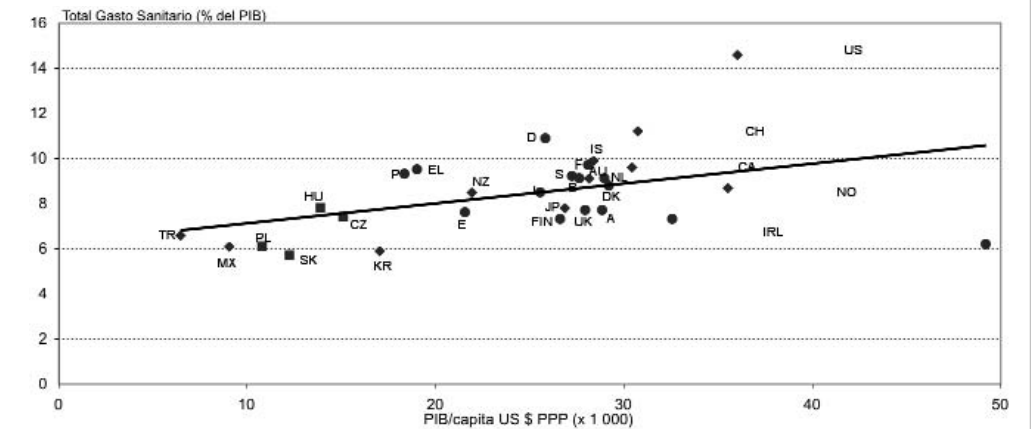
Gráfico 14 Gastos (en servicios y monetarios) en cuidados sanitarios como % del PIB, 1992-1997-2000-2002



Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat

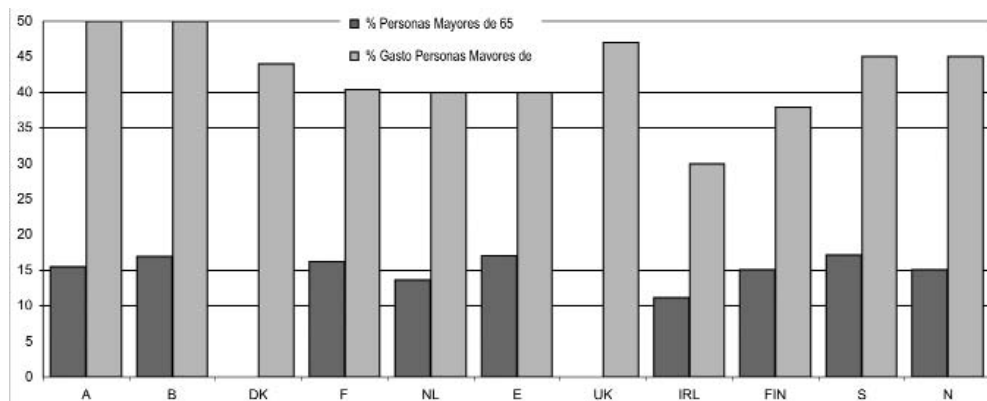
Cuadro 15 Gastos (en servicios y monetarios) en atención sanitaria como % del PIB vs PIB (euro PPP per capita a precios corrientes), 1992 (izquierda)-2002 (derecha)

A nivel europeo, parece que ya no existe una clara relación positiva entre el nivel de renta y el nivel de gasto público sanitario. Esto requiere de una investigación más en profundidad ya que, a nivel internacional, y en una perspectiva más a largo plazo, existe una relación positiva entre el nivel de renta nacional y el gasto total en sanidad (ver gráfico 16). Existe la posibilidad de una cierta sustitución entre el gasto público y el privado, lo que explicaría la relación no directa entre el gasto sanitario y el PIB. Debería hacernos pensar en la adecuación de nuestros sistemas sanitarios el hecho de que una economía desarrollada como la de los EEUU tiene un gasto total en sanidad más elevado que el europeo. ¿Será este bajo nivel de gasto europeo una señal de eficiencia? Ciertamente el sistema europeo es conocido por su equidad y accesibilidad.



Fuente: OCDE

Cuadro 16 PIB y gasto sanitario total, OCDE, 2002



Fuente: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000 u actualización Pacolet en Cattaert, HIVA y Grammenos, 2003

Cuadro 17 Tasa de población mayor de 65 años y tasa de gasto sanitario total para la población mayor de 65 años, en 1995.

Cada vez más, la sanidad y los cuidados de larga duración se consideran conjuntamente en las estadísticas de la OCDE y Eurostat. Los cuidados de larga duración están orientados (aunque no siempre) hacia las personas mayores. Pero también en el gasto sanitario, la mayor parte va destinada a la población mayor de 65 años (ver gráfico 17). En el futuro, la sanidad estará todavía más orientada hacia los mayores (por ejemplo, Bélgica destina ahora un 50% de su gasto sanitario hacia las personas mayores, y se prevé en un futuro destinar dos tercios) (Pacolet, Delière, e.a., 2003).

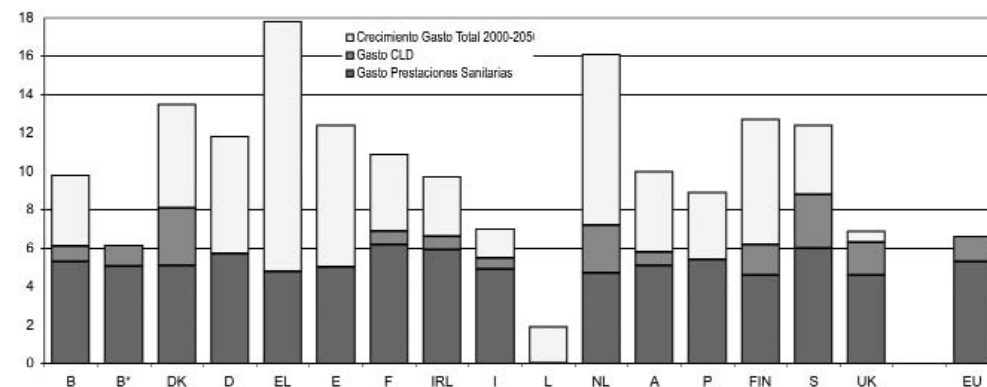
9. LA SOSTENIBILIDAD FUTURA DEL GASTO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Aunque es evidente que los gastos en sanidad y en cuidados de larga duración resistieron los periodos de austeridad y ortodoxia presupuestaria impuestos por los criterios de convergencia de la integración europea, existe la duda popular y también a nivel político sobre su viabilidad en el futuro. El lado negativo de esto es que existe riesgo de que se trate de una profecía que se cumple por sí sola y que apunta a una evolución decreciente o al menos la parte pública de la protección de aquellas personas mayores con necesidades sanitarias. El lado positivo es que existe un creciente interés por este sistema por parte de políticos y analistas económicos. Todavía más positivo es que las investigaciones ilustran mejor el lado opuesto: la expansión de los costes sanitarios es razonable, y puede ser todavía menor de lo esperado. A continuación, ofreceremos los niveles de gasto sanitario y en cuidados de larga duración tomados del grupo de trabajo sobre envejecimien-

to del Comité Europeo de Política Económica² y de un reciente documento de trabajo del Departamento Económico de la OCDE.

9.1 El Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento del Comité Europeo de Política Económica

La información del Comité de Política Económica (CPE) atañe a la UE e ilustra una tasa de PIB para el gasto sanitario relativamente comparable, pero en menor medida en lo que se refiere a cuidados de larga duración. En algunos países no hay información disponible, lo que podría significar que dicho gasto apenas existe. La expansión de dicho gasto es estimada, para la mayoría de los países comunitarios, y en torno a la segunda mitad del presente siglo, entre un 3 a un 5% del PIB.



Fuente: AWP del CEP y cálculos propios para Bélgica.

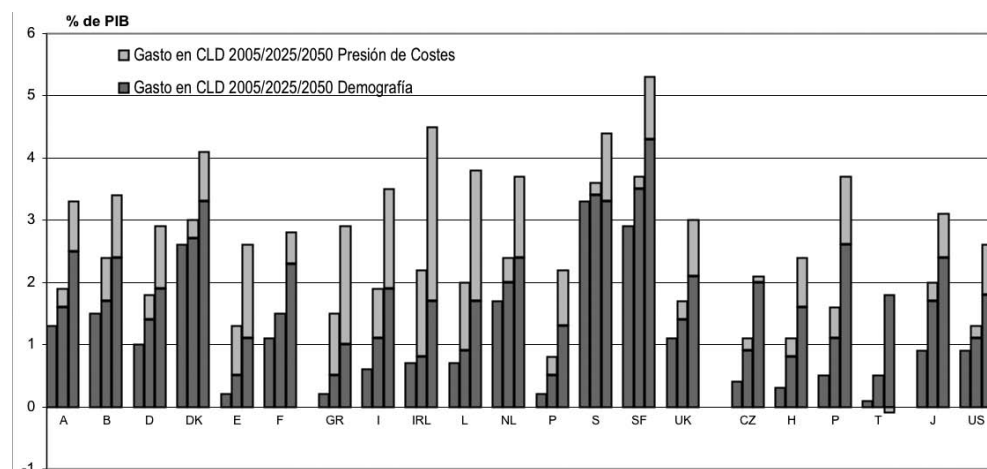
Gráfico 18 Gasto público sanitario y en cuidados de larga duración presente y futuro, según el grupo de trabajo del Comité Europeo de Política Económica

9.2. Proyecciones recientes de la OCDE

En el siguiente gráfico (gráfico 19) presentamos algunos de los principales escenarios utilizados por la OCDE para estimar el gasto sanitario y en cuidados de larga duración. Se hace una distinción entre el impacto demográfico y la mejora de los servicios así como el incremento de los costes. Ofrecemos la información para 2005/2025 y 2050. En la Tabla 4, ofrecemos información más detallada para Bélgica y España, comparados con la media de la OCDE y EEUU. Además de un escenario de costes, también se presenta un escenario de contención de costes (para más información, ver OCDE, 2006). La situación actual es resultado de las necesidades demográficas y del desarrollo social y económico. La pura extrapolación de esas necesidades demográficas es el punto de partida para una futura

² Este grupo fue establecido para evaluar el impacto de la evolución demográfica sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas en Europa.

expansión del gasto. El gráfico 19 ilustra lo limitadas que pueden ser, especialmente en el año 2025 (la generación del baby boom todavía no es demasiado mayor y es independiente) pero también en 2050. Una de las razones es que la OCDE está examinando la hipótesis del “equilibrio dinámico” que dice que junto con un incremento de la esperanza de vida, puede esperarse un incremento similar en la esperanza de vida con salud o libre de discapacidad. Los años de dependencia permanecen constantes por lo que, con una mayor longevidad, los costes se posponen. Existen incluso evidencias que indican que la reducción de la dependencia en este periodo sería posible (reducción de la morbilidad). Esto implica que, tan solo por razones demográficas, los incrementos de los costes serán limitados. Reproducimos más adelante el camino de expansión máxima (la llamada “hipótesis de la presión del coste”) lo que incrementa el gasto total tal y como puede observarse en el gráfico 19. Veamos los casos de Bélgica y España (en la tabla 4 también los comparamos con la media de la OCDE y EEUU). El nivel de gasto en cuidados de larga duración en Bélgica estaría en torno al 1.5% del PIB. En España en torno al 0.2%. Esta cifra se incrementará, pero en teoría, disponemos de 20 a 45 años para adaptarnos. Las cifras citadas para España están alineadas con los niveles actuales de gasto y las necesidades estimadas para un seguro de cuidados de larga duración suficientemente maduro oscilan entre un 1.33% y un 1.6% del PIB tal y como informa J. Montserrat (2004), citada en G. Rodríguez Cabrero (2005, p. 19). Pero, tal y como mencionamos más adelante, la necesidad de expansión no es tanto una necesidad para el futuro, sino una necesidad del presente. Llegamos a esa conclusión antes, y la mantenemos, basándonos en un análisis de la evidencia por parte de la OCDE sobre la disponibilidad de los servicios.



Fuente: OCDE

Gráfico 19 PIB y gasto sanitario total, OCDE, 2002

Tabla 4 Gasto público sanitario y en cuidados de larga duración (CLD), 2005-2025-2050

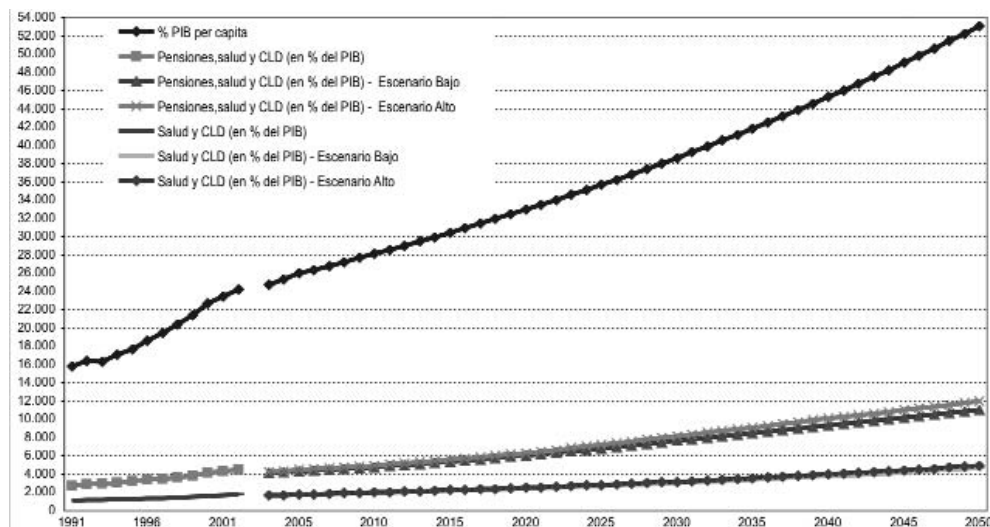
Año	Categoría	España	Bélgica	Media OCDE	EEUU
2005	Salud	5.5	5.7	5.7	6.3
	CLD	0.2	1.5	1.1	0.9
	Total	5.6	7.2	6.7	7.2
2025 Demografía	Salud	5.8	5.7	6.1	6.6
	CLD	0.5	1.7	1.5	1.1
	Total	6.3	7.4	7.6	7.7
2025 Contención de costes	Salud	6.8	6.7	7.0	7.5
	CLD	1.0	1.8	1.5	1.0
	Total	7.8	8.5	8.5	8.5
2025 Presión de costes	Salud	7.1	7.0	7.3	7.8
	CLD	1.3	2.1	1.9	1.3
	Total	8.4	9.1	9.2	9.1
2050 Demografía	Salud	6.4	5.8	6.3	6.5
	CLD	1.0	2.4	2.3	1.8
	Total	7.4	8.2	8.6	8.3
2050 Contención de costes	Salud	7.8	7.2	7.7	7.9
	CLD	1.9	2.6	2.4	1.8
	Total	9.6	9.8	10.1	9.7
2050 Presión de costes	Salud	9.6	9.0	9.6	9.7
	CLD	2.6	3.4	3.3	2.7
	Total	12.1	12.4	12.8	12.4

Fuente: OCDE, 2006, p. 31, 56, 57, 58, 65, 66, 67.

9.3. ¿Es el futuro del gasto social una cornucopia?

Se argumenta a veces que la ausencia de potencial de un mayor incremento de la productividad en el sector sanitario y en servicios sociales personales, comparado con otras actividades industriales, conduciría a una mayor carga para la economía. Esto, no sólo es positivo en sí mismo, al igual que con cualquier otra creación de puestos de trabajo, sino que favorece el crecimiento y generará un incremento de la renta de las futuras generaciones. Esto es lo que ilustra el llamado ‘Efecto Baumol’ (Baumol, 1993; ver también OCDE, 2006). Así que este tipo de expansión permitirá, incluso a pesar del incremento de la renta destinada a al gasto sanitario y en servicios sociales, un crecimiento real de la renta de las futuras generaciones. Ilustramos a continuación que incluso con las hipótesis máximas de crecimiento del gasto sanitario, es posible que en el futuro las próximas generaciones tengan

un elevado nivel de renta en términos reales, disponibles para consumo propio y para gasto público. Nos recuerda a la imagen de una 'cornucopia'

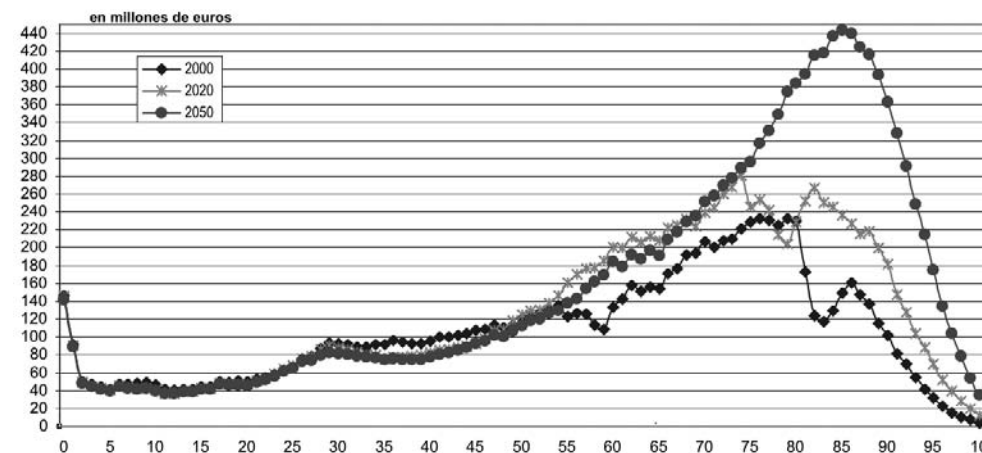


Fuente: Cálculos propios basados en base a Eurostat y los escenarios del Comité Europeo de Política Económica sobre evolución de la salud, los CLD y las pensiones.

Gráfico 20 Crecimiento y Protección Social: la 'cornucopia', 'cuerno de la abundancia', o imagen estilizada del PIB y las proyecciones del gasto social para la UE 15

9.4. Solidaridad intergeneracional como ventaja de los sistemas de reparto

La financiación no es relevante en este contexto. Se trata del gasto total. Una sencilla extrapolación demográfica (gráfico 21) del futuro gasto sanitario ilustra el hecho de que en no más de 50 años, veremos cómo pasan tres generaciones por el sistema sanitario: la próxima década la generación 'interbellum', después la generación del baby-boom y en el año 2050 la mayoría de los usuarios del sistema sanitario serán los sucesores de la generación del baby-boom. ¿No es este un argumento perfecto para considerar que un sistema de reparto puede asegurar el riesgo y no sólo no supone una carga excesiva para una generación, sino que se podrían beneficiar futuras generaciones en una perspectiva a largo plazo?



Fuente: Cálculos de Pacolet y Cattaert (HIVA-K.U Lovaina), basados en un perfil por edad de la salud, los CLD proporcionados por Christian Health Mutualities y pronosis demográficas del Instituto de Estadística INS 2000-2050

Gráfico 21 Gasto total en sanidad y CLD según rangos de edad en Bélgica, 2000-2020-2050: tres generaciones se beneficiarán en medio siglo del sistema de seguro de reparto

9.5. Elección política acerca de la importancia relativa del sistema público vs. privado y el seguro profesional

Tal y como podemos observar de los comentarios anteriores, el actual gasto público en sanidad y CLD en Europa está alineado con el gasto en EEUU, pero descubrimos que el gasto total es mayor en los EEUU. Esto puede explicarse en parte porque la economía norteamericana es más rica y gasta más de su renta nacional en sanidad y cuidados de larga duración. Ilustramos a continuación que esto es probablemente lo que ocurrirá en el futuro en Europa. Puesto que las economías europeas son cada vez más ricas y cada vez más viejas, estarán dispuestas a gastarse más en sanidad y en CLD. Es la 'voluntad de las personas', tal y como queda expresado por el sistema de mercado en EEUU. La cuestión política será si el nivel total de gasto será gestionado principalmente por el sistema público de protección social, el primer pilar, o bien será gestionado por el seguro privado, o por la seguridad social. Ese mix entre lo público y lo privado es un problema de elección política. La actual comparación entre EEUU y Europa nos dirige hacia un sistema público desarrollado que garantice una disponibilidad similar de servicios, una mayor accesibilidad y una asequibilidad con un coste menor. Es un argumento poderoso a favor del desarrollo de sistemas públicos de sanidad y cuidados de larga duración. Otra ventaja adicional de los cuidados de larga duración públicos y universales es que, si se diseñan para el conjunto de la población, la calidad será probablemente mejor. 'Diseñado para los pobres, es un diseño pobre'. Cuando se desarrolla para la población en su conjunto, incluyendo a aquellos con mayores

expectativas, y con suficiente “voz” para transmitir las, el sistema será de mejor calidad.

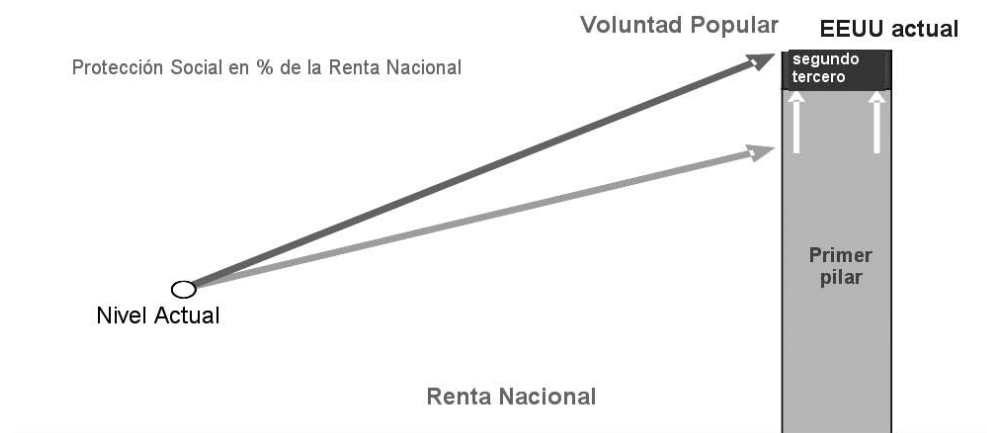


Gráfico 22 Protección social de la sanidad y los CLD: la opinión de los ciudadanos y cómo darla respuesta

10. LA VERDAD SOBRE LOS ESTADOS DE BIENESTAR Y LOS CLD: LOS SERVICIOS TRAS EL GASTO

Después de estas observaciones macro, entremos a continuación en el análisis detallado de los servicios de larga duración para las personas mayores. Distinguimos cuatro características: la variedad, la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad. Agrupamos los servicios en las siguientes categorías: residencial, semi-residencial y servicios de atención comunitaria incluyendo todo tipo de prestaciones e incentivos adicionales para afrontar el impacto del envejecimiento. Para una visión más completa, ver Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000. Nos limitaremos a continuación a considerar los principales servicios residenciales y comunitarios. Hacemos observar que nos centramos en el debate sobre las personas mayores, pero en la definición de los cuidados de larga duración, tal y como se aplica por la OCDE y otros, incluye también a veces los cuidados de otras personas dependientes. Actualizamos algunas de las evidencias recogidas en nuestro propio estudio con nuevas informaciones, especialmente provenientes de la OCDE (2005).

Nuestro estudio comparativo europeo hizo un inventario de las ayudas relacionadas con la dependencia, tales como las ayudas a la vivienda y una lista cada vez más amplia de sistemas de apoyo a la vivienda y su adaptación, así como en los

servicios residenciales y semi-residenciales para personas mayores y los servicios comunitarios. Muchas de estas ayudas han sido objeto de estudio (por ejemplo, el pago del sistema de cuidados personales, la vivienda social, etc) pero en nuestro informe, fue la primera vez que un conjunto tan amplio de prestaciones fue estudiado conjuntamente. Emergió una imagen de un conjunto variado y maduro de prestaciones sociales gestionadas de manera diferente, aunque financiadas públicamente en su mayoría en el contexto del discurso político dominante de austeridad presupuestaria.

10.1 Variedad

El estudio identificó 8 sistemas de servicios permanentes residenciales y semi-residenciales para las personas mayores, 17 servicios temporales residenciales y semi-residenciales y 22 servicios comunitarios. La variedad ilustra la diversidad que ha tenido lugar en este sector en las dos últimas décadas, y sólo ha sido posible dentro de un contexto de un estado de bienestar en expansión. Después de un periodo de expansión cuantitativa de los sistemas tradicionales de protección social, a partir de la segunda mitad de los años ochenta, el sector entró en un periodo de innovación y diferenciación cualitativa hacia nuevos arreglos institucionales dentro de un marco de contención de costes.

10.2 Disponibilidad

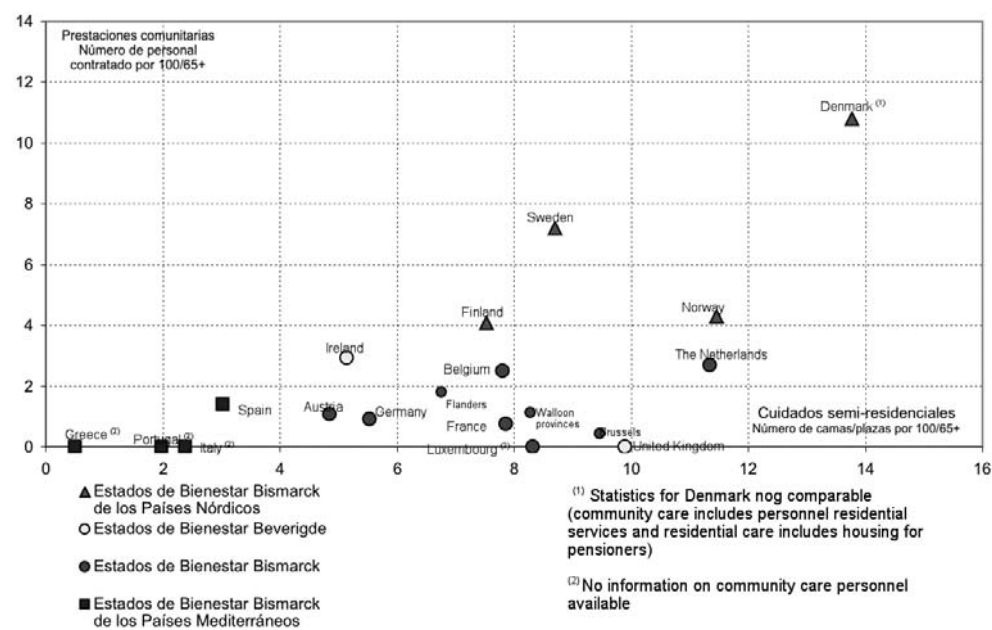
El Gráfico 23 resume la información cuantitativa de los principales servicios. Aunque casi todos los países hacen referencia a unos servicios similares ya existentes o emergentes, el nivel absoluto y la importancia relativa del mix de servicios varía significativamente. La mayoría de los países sigue estando orientada hacia un sistema institucional de cuidados personales, con un gran número de plazas disponibles en varios tipos de instituciones por cada 100 personas mayores. En algunos países, estas instituciones siguen siendo residencias tradicionales para personas mayores. En otros países, se transforman esas residencias en residencias asistidas u otros tipos de vivienda protegida. La frontera que divide la vivienda y los servicios se está desvaneciendo. Varios países mencionan la divisoria entre la vivienda y los cuidados personales, pero en realidad, han surgido servicios cada vez más integrados y variados. El nivel de desarrollo de este tipo de atención institucional es sorprendentemente bajo en los países mediterráneos.

Aunque mucho más diversificado, el nivel de desarrollo de la atención comunitaria parecía ser todavía menor. Muchos países con un grado relativamente alto de atención institucional mostró niveles todavía más bajos de disponibilidad de atención comunitaria (medido en función del número de personas contratadas en los servicios de atención comunitaria principales por cada 100 personas mayores de 65

años). Esto fue por ejemplo el caso de Austria, Bélgica y los Países Bajos. En muchos países, sin embargo, falta información clara. La imagen general es la de complementar la atención residencial y comunitaria en vez de una clara sustitución. Aquellos que ya reciben servicios residenciales de calidad, también reciben mejores servicios comunitarios.

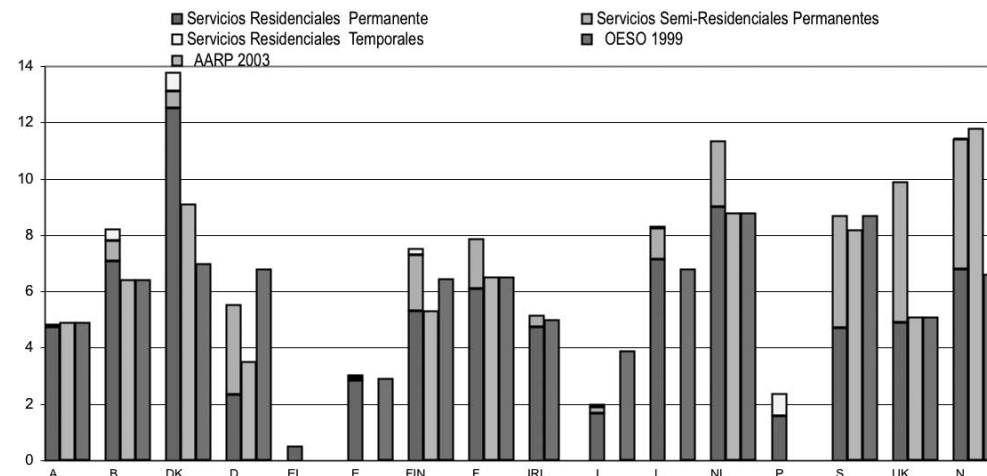
También conviene destacar que, partiendo de esta comparación europea y de la investigación previa sobre la situación del estado de bienestar (Pacolet, Versieck, 1998) surge la idea de que la elección entre los cuidados formales e informales ha llevado a los países nórdicos a un nivel sustancial de creación de puestos de trabajo en esas actividades, lo cual añade valor y contribuye al crecimiento económico. Para los países mediterráneos, esta opción permanece abierta.

El Gráfico 24 ofrece información actualizada sobre la disponibilidad de cuidados residenciales partiendo de un estudio de la OCDE y una visión general de AARP. Está claro que persisten las diferencias, pero que algunos países muestran una evolución hacia la desinstitucionalización. Menos puede ser mejor si hay disponibilidad de unos cuidados comunitarios apropiados.



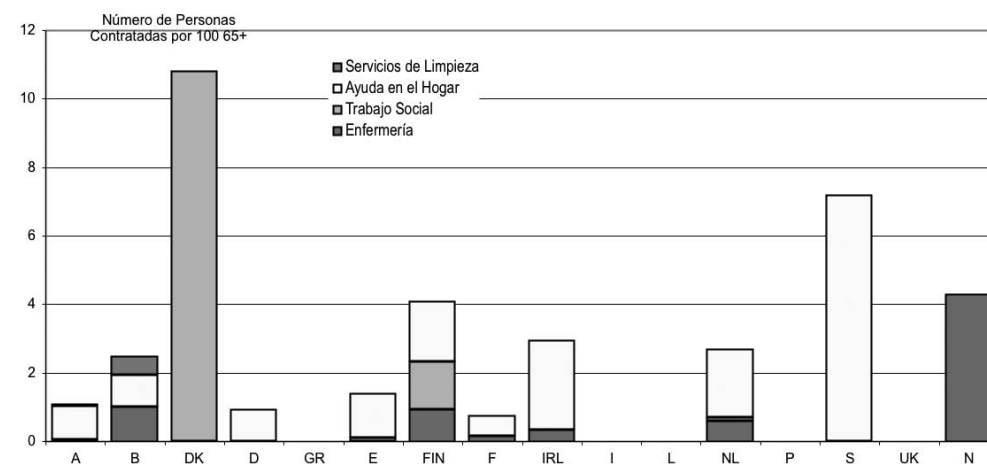
* Las cifras regionales para Bélgica incluyen una definición más precisa de la atención comunitaria de la que se ha usado para el Gráfico de Bélgica.
Fuente: Basado en Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000

Gráfico 23 Desarrollo de servicios comunitarios semi-residenciales en Europa y Bélgica: equilibrio a corto plazo y a largo plazo (situación en 1995)



Fuente: Pacolet, e.a. (1998), Jacobzone S. (1999), Gibson M.J. e.a. (2003)

Gráfico 24 Número de residencias de tercera edad y servicios (semi-)residenciales permanentes o temporales, por 100 habitantes mayores de 65 años en la UE. Noruega, EEUU y Japón

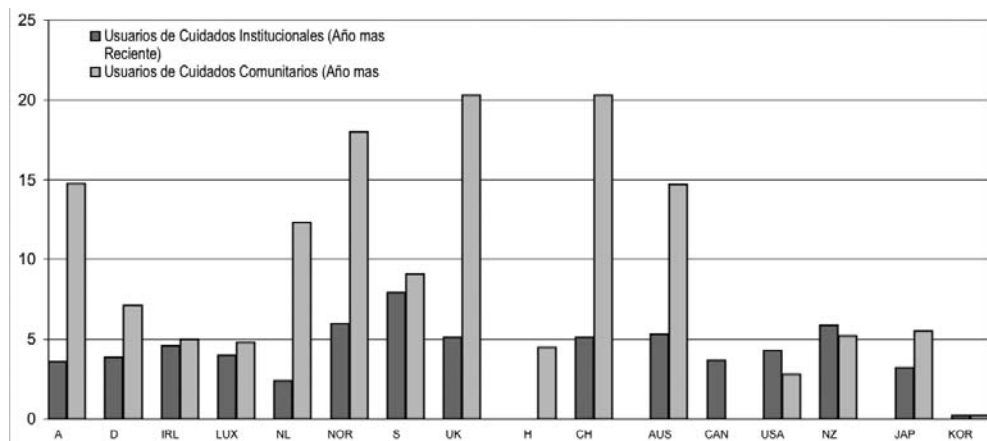


Fuente: Pacolet J., R. Bouten, H. Lanoye, K. Versieck, 1999

Gráfico 25 Disponibilidad de una lista seleccionada de servicios a personas mayores

En los gráficos 23 y 25, utilizamos las personas empleadas en los servicios de atención comunitaria por cada 100 habitantes mayores de 65 años para ilustrar la disponibilidad de la atención comunitaria. Podríamos haberlo comparado con el número de personas que trabajan en residencias de la tercera edad, y compararlos con la importancia relativa de ambos sistemas de atención. Para Bélgica, esas cifras son relativamente similares, aunque el grupo que recibe atención residencial

es más limitado que el grupo que recibe atención comunitaria. Esto indica que la atención residencial es más intensiva. En el próximo Gráfico 26, utilizamos la cifra prevalente para la tasa de población que utilizó (en el último año) el sistema de atención institucional o residencial. Ilustra que algunos países como el Reino Unido, Suiza y Austria alcanzan casi del 15 al 20% de las personas mayores en atención comunitaria. En otros países, esta cifra es mucho menor. Para un país como Austria, las prestaciones monetarias del sistema de cuidados de larga duración están incluidas en las cifras de atención comunitaria. Es sorprendente el nivel tan bajo de los EEUU, confirmando el comentario anteriormente expuesto que incluso con un sustancial elevado gasto en sanidad y cuidados de larga duración, la cobertura parece ser menor.



Fuente: OCDE, 2005

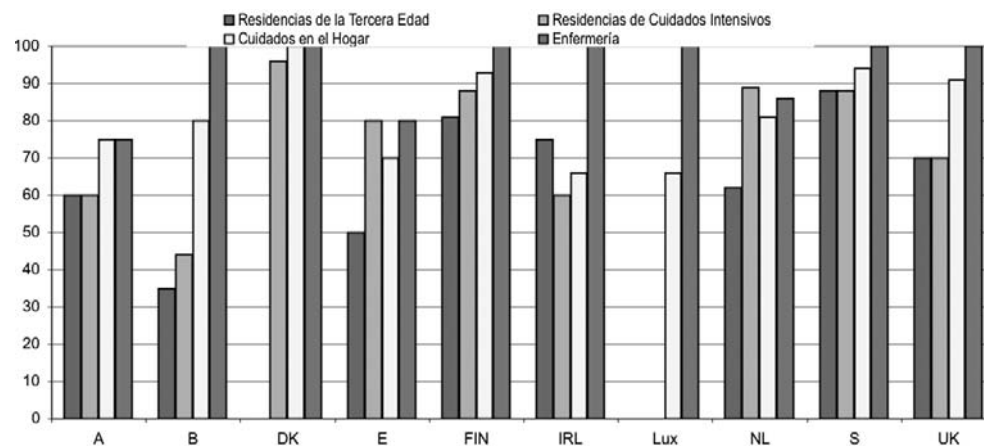
Gráfico 26 Usuarios de atención residencial e institucional, como porcentaje de personas mayores de 65 años

Esta inmensa diferencia en los servicios disponibles podría suponer que en algunos países existen formas de infradesarrollo de algunas categorías de servicios o en general. Tomando esto en consideración, es comprensible que el debate comenzara con la creación de seguros de cuidados de larga duración en algunos países. Sin embargo, está todavía más influenciado por la asequibilidad.

10.3 Asequibilidad

A parte de la disponibilidad, la asequibilidad también es un elemento importante a la hora de describir el grado de protección social. Los servicios de cuidados intensivos siguen siendo financiados públicamente en su mayoría, ya que se sitúan cerca del sistema sanitario. Algunos ejemplos son las residencias de personas mayores y, en especial, las residencias asistidas que están financiadas pública-

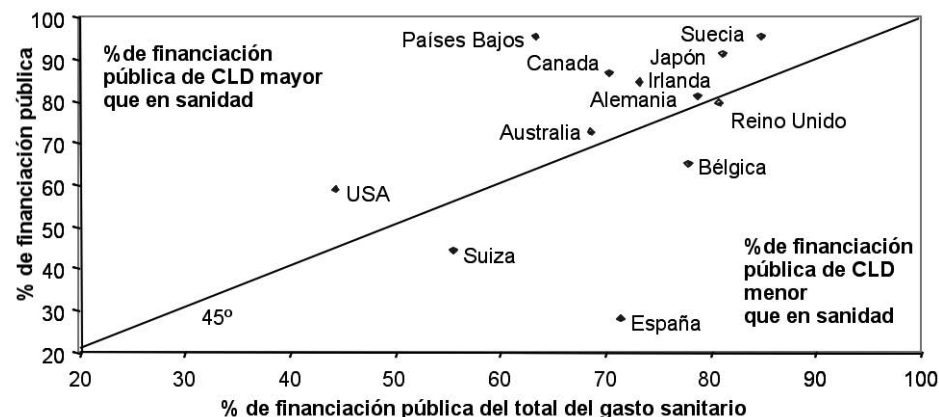
mente en casi todos los países (ver Gráfico 27). Los sistemas de cuidados intensivos, o aquellos servicios centrados en la vivienda y aspectos relacionados con la misma, tienden a tener un grado más bajo de financiación pública. Pero el cuidado personal y la atención sanitaria son difíciles de distinguir, razón por la cual sigue habiendo un grado razonable de financiación pública. Existen indicaciones de que la financiación de los servicios para personas mayores queda razonablemente protegida –allá donde esté disponible, lo cual no es siempre el caso (razonamiento cuantitativo) – pero en algunos casos, el nivel de cofinanciación es muy elevado. Algunos elementos de baja protección están surgiendo lo que explica la demanda de creación de un seguro de cuidados de larga duración.



Fuente: Datos de Informes de Países, en Pacolet, Bouten, Lanoye en Versieck, 2000

Gráfico 27 Financiación Pública de los servicios residenciales y comunitarios más importantes para las personas mayores, en % del coste total, 1995

Los cuidados de larga duración son, por definición, un gran riesgo debido a su naturaleza permanente (largo plazo, enfermedades crónicas). Por este motivo, sería deseable un seguro público todavía mayor que para otros servicios sanitarios. La OCDE analizó esto recientemente (Hennesy, Huber, 2004) y añadimos en el siguiente gráfico la situación de Bélgica. Descubrimos que en la mayoría de países, el porcentaje de financiación pública para cuidados de larga duración es mayor que para la asistencia sanitaria (situada en el gráfico por encima de la línea 45). Descubrimos que Bélgica es un valor extremo, atípico, lo que indica que hay una necesidad de mejorar la financiación de los servicios de cuidados de larga duración, especialmente los servicios residenciales. En el mismo gráfico, España se sitúa por debajo de la línea 45, lo que indica una infraprotección todavía mayor. Es por ello que, en España, la propuesta para un Sistema Nacional de Dependencia se ha hecho más necesaria.



Fuente: Hennessy, Huber, 2004, OESO con datos propios para Bélgica

Gráfico 28 Financiación pública y privada en sanidad y cuidados de larga duración

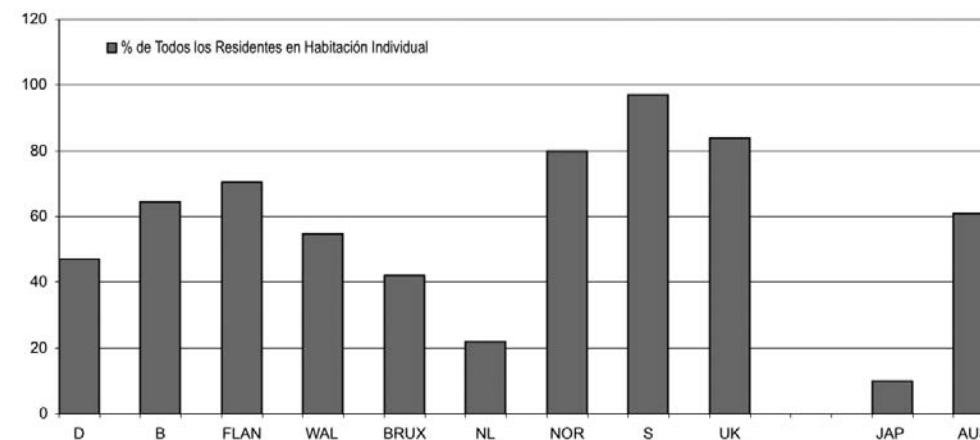
10.4 Resultados y Calidad

Existe un creciente interés por los resultados y los estándares de calidad de los cuidados de larga duración. Podemos referirnos al escritor alemán Bertolt Brecht quien dijo de diferentes maneras que 'antes de poder hablar de calidad, debemos tener cantidad'. Los indicadores utilizados anteriormente sobre disponibilidad y asequibilidad ya son un indicador macro muy importante de la calidad del sistema sanitario. Se puede evaluar correctamente la calidad del sistema de atención residencial para las personas mayores si conocemos:

- Número de plazas disponibles;
- Número de plazas con habitaciones individuales;
- Metros cuadrados por habitación (si se trata de una habitación de 12 a 18 m² o un piso de 30-45 m²);
- Número de trabajadores por cama;
- Cualificación de los empleados;
- Salario y las condiciones de trabajo del personal contratado;
- Parte del coste con financiada por las propias personas mayores.

Con esos parámetros, puede incluso calcularse el coste total del sistema de cuidados personales, así como la forma en que está financiado por recursos públicos y privados. Por supuesto, deberían también medirse los resultados y la calidad de vida de las personas mayores, pero sin embargo, guardan relación con los recursos puestos a disposición por la sociedad para el cuidado de las personas mayores³. Ofrecemos un ejemplo más de la importancia de esta información para el porcentaje de las personas mayores que tienen acceso a una plaza individual en una

residencia de la tercera edad. Añadimos también información de la OCDE referida a Bélgica y sus regiones y puede verse como este sencillo objetivo cuantitativo, aunque refleje una dimensión cualitativa de disfrutar de la privacidad de una habitación individual cuando se es mayor e independiente, no se alcanza en muchos países, y puede variar en gran medida dentro del propio país. Mientras que en algunos países nórdicos que pasaron por el proceso de desinstitutionalización, pero también en el Reino Unido, más del 80% de las personas mayores disfrutaban de habitaciones individuales, en otros países, esto está lejos de conseguirse, lo que refleja sistemas muy antiguos. La puesta al día o modernización de este aspecto sólo de la provisión de cuidados necesitará de esfuerzos sustantivos en infraestructuras.



Fuente: OCDE, 2005 y estimación de Pacolet J. para Bélgica y sus regiones: Flandes, Valonia y Bruselas.

Gráfico 29 Porcentaje de todos los residentes que viven en habitaciones individuales en el marco de los cuidados institucionales.

11. TENDENCIAS OBSERVADAS EN EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

A pesar del hecho que el nivel de financiación pública para cuidados a personas mayores sigue siendo elevado y se acerca a cifras de financiación de la sanidad (80 a 85% del coste total en algunos servicios), sigue habiendo preocupación en muchos países acerca de la financiación pública de esos servicios, ahora y en el

³ Algunos de esos indicadores parecen ser considerados por el grupo de trabajo europeo para determinar los indicadores del seguimiento del programa de envejecimiento de NU, Comisión Económica para Europa 2002 e indicadores del grupo de trabajo de envejecimiento de la UE para hacer un seguimiento de la implementación, Centro Europeo para la Investigación y Políticas Sociales, Viena 2006.

futuro. A pesar del alto nivel de protección social, ha habido en el pasado de muchos países indicadores de la existencia de infraprotección social en este campo. En Francia y Alemania, había niveles más bajos de prestaciones de los que se esperaba, de acuerdo con los estándares generales de protección social. En varios países, se recurre a la asistencia social con las personas que no pueden hacerse cargo de los gastos. En algunos países nórdicos, las personas mayores pierden sus pensiones cuando entran a ser usuarios de cuidados residenciales, dejándoles tan solo con dinero de bolsillo. En otros países, las contribuciones de las propias personas mayores representan una proporción tan alta de la renta media que el efecto neto es dejar a las personas mayores tan solo con dinero de bolsillo. En otros países, el recurrir a las familias es legalmente obligatorio, o bien las personas mayores tienden a vivir con las familias de sus hijos.

El elevado nivel de cofinanciación es otro síntoma de baja protección social. En algunos países (Alemania, quizás también Francia y Austria) se observa un bajo nivel de servicios, mientras que sería de esperar todo lo contrario basándonos en la renta, la estructura de edad y nivel medio de protección social. Esto ha sido objeto de debate político en aquellos países. La cuestión de la infraprotección social ha estado a debate en Alemania a principios de los años noventa: demasiadas personas se ven obligadas a recurrir a la asistencia social; había escasez de servicios; un incremento sustancial de la oferta de servicios se ha producido desde la creación del nuevo sistema de protección social a la dependencia confirmando de este modo que había un subdesarrollo antes de la instauración de los seguros de cuidados de larga duración; una cantidad sustancial (aunque yo lo sigo llamando asequible) de 'dinero nuevo' ha sido ingresada para el nuevo sistema (1.7% de los salarios netos). En Francia ha ocurrido lo mismo: problemas de baja provisión de servicios y escasez de financiación, pero también preocupación por la falta de 'dinero nuevo' en las propuestas existentes. En Bélgica, cuando se han identificado y cuantificado las nuevas necesidades, la necesidad de 'dinero nuevo' es más limitada, lo que ilustra que los sistemas existentes ya proporcionan una cobertura mejor.

Allá donde hay debate a favor del cambio, nos sugiere deficiencias en el sistema actual de protección social en los cuidados de larga duración en el hogar o en residencias que no parecen estar completamente cubiertos. En Alemania, fue una preocupación explícita de los políticos el hecho de que tantas personas tuvieran que recurrir a este tipo de asistencia al ver que no podían hacer frente a los costes de los cuidados de larga duración debido a las distintas situaciones de dependencia. Esta es considerada como un riesgo normal de la vida, de la misma manera que el deterioro de la salud. En varios países de la región central de la UE, existe un elevado nivel de copago por parte de las propias personas mayores para financiar estos servicios de cuidados de larga duración, a veces teniendo que recurrir a

recursos familiares (por ejemplo Luxemburgo, Francia, Bélgica, Alemania). A veces los recursos financieros de las personas mayores deben haberse agotado por completo para poder recurrir a la asistencia social. Por el contrario, en los países del sur la oferta de servicios residenciales y comunitarios es más baja.

Así, hasta ahora ha habido un claro problema de baja protección social en el ámbito de los servicios personales (sea esta pública o privada) a principios de los años noventa. 'Una proporción demasiado alta de estos costes deben ser cubiertos por los ingresos actuales o los ahorros' fue la conclusión de nuestro informe del año 2000, a modo de indicador de infraprotección social. Una forma alternativa de financiar estos servicios es a través de un sistema de seguros de cuidados a largo plazo como el aquí debatido. Algunas de las preguntas planteadas es si los cuidados de larga duración para personas mayores dependientes, en el hogar o en residencias, se financia implícitamente dentro de los sistemas existentes de seguridad social, o si deben planificarse o establecerse nuevos sistemas de seguros para cuidados de larga duración. Los estados miembros con sistemas de protección social con orientación Beveridge parecen tener los cuidados a largo plazo integrados en los servicios sociales sanitarios y personales ya existentes, sean estos de nivel alto o moderado. Los estados miembros con estados de bienestar de orientación Bismarck están experimentando, o han concluido, un largo debate sobre la creación de un sistema de cuidados de larga duración específico. En los Países Bajos, existe desde hace varios años un sistema de seguro específico para gastos médicos extraordinarios para CLD. En Austria, Alemania y Luxemburgo, los sistemas son más recientes. En Bélgica, hay una larga lista de propuestas y nuevas iniciativas y, finalmente, en 2001 se comenzó con un sistema de seguros de cuidados de larga duración en Flandes (Bélgica). Incluye una prestación a las personas dependientes (no hay criterio de edad) en los servicios comunitarios y residenciales para personas mayores. Además de ello, hubo una mejora implícita del seguro al incluir una parte creciente del riesgo de cuidados de larga duración en el seguro sanitario y al mejorar las prestaciones por cuidados a las personas mayores en el sistema de prueba de ingresos económicos. Sin embargo, la forma en que Bélgica (y España) se muestra más arriba como un "valor atípico" en la financiación de los cuidados de larga duración es evidente, lo que requiere nuevas medidas protectoras.

En Francia, el debate institucional sobre cómo organizar y financiar los cuidados de larga duración requirió 15000 muertes adicionales debidas a la ola de calor del verano de 2003 para conseguir un proyecto definitivo, dotado de más medios, para el seguro de cuidados de larga duración.

En 1998, una Comisión Real sobre cuidados de larga duración se estableció en el Reino Unido. Los cuidados de larga duración tienen características de la seguridad

social (activada sobre todo por razones médicas, y organizada por proveedores iguales o similares) y el seguro de vejez (pensiones). En el Reino Unido, esos sistemas se han organizado de forma diferente dentro del sistema de protección social: seguridad social bajo el sistema de reparto financiada por el estado, el servicio nacional de sanidad de tipo universal y un sistema de pensiones financiado de forma privada. Con ambas experiencias y tradiciones en ese país, el resultado del trabajo de la Comisión Real podría contribuir a un mejor entendimiento de la naturaleza de los seguros de cuidados de larga duración, sean estos públicos o privados. La conclusión fue que un sistema de CLD debería permanecer en el sistema público de los servicios sociales y en el sistema nacional de sanidad. El estudio más reciente sobre la viabilidad del sistema de servicios sociales personales del Sr. Wanless confirma nuestras conclusiones del año 2000, aunque también revela inconsistencias entre los servicios nacionales de salud y los servicios sociales. Un sistema de cuidados de larga duración donde una parte demasiado alta de la población debe vender su patrimonio para poder financiar los cuidados de larga duración resulta política y socialmente inestable y necesita ser remplazado por un sistema más universal, incluso cuando existe una tradición Beveridge de poner bajo prueba de recursos algunos de esos servicios. El riesgo de cuidados de larga duración es un riesgo como el de la salud, que puede afectar al conjunto de la población (de las personas mayores de 90 años, un 50% utiliza el sistema residencial para los cuidados personales) por lo que se necesitan sistemas de seguridad social universales.

En los países mediterráneos ha habido menos debate sobre la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración, quizás porque hay más arraigo de la familia (cuidados ofrecidos en el seno de la familia y por la familia) o porque esos países se centran más en la disciplina presupuestaria. Pero la presión a favor de un seguro de cuidados de larga duración también existe en la actualidad. Aunque está orientado hacia un sistema de estado de bienestar basado en la familia, aquellos que se lo pueden permitir se sirven de cuidados profesionales. En algunos países, incluso se señala la existencia de una creciente economía sumergida de trabajo no declarado en el sector de los cuidados personales prestaciones sociales. El interés que hemos observado a partir de mediados de los años noventa con los 'planes gerontológicos' culminará a mediados de esta década con la creación del sistema español de cuidados de larga duración (ver G. Rodríguez Cabrero, 2006).

En los países nórdicos, no está en la agenda porque los estados de bienestar están altamente desarrollados, incluso son objeto de debate para su contención. En muchos de esos países, ha surgido la política de la desintitucionalización, aunque a veces también vemos una reducción sustancial de la asistencia comunitaria (por ejemplo en Suecia, OCDE, 2005, p. 41).

Para más información sobre los cuidados de larga duración en los estados miembros de la UE25, ver Pacolet, ed., 2006.

Resulta más instructivo distinguir las características comunes de la protección social de personas mayores en Europa que el resaltar las tipologías y diferencias entre estados miembros. Hay similitudes en un gran número de áreas a pesar del hecho de que la protección social se ve determinada por el contexto de la subsidiariedad y tienen raíces nacionales históricas. A veces, la dirección de nuevas soluciones emana del sistema nacional ya existente, al igual que otros que alcanzan soluciones emanadas de otros estados miembros, llegando así a la convergencia. Por ejemplo, los sistemas basados en la provisión de prestaciones por el estado pueden requerir de la intervención del sector privado y de sistemas de financiación relacionados con los ingresos por pensiones. Pero la convergencia o la similitud de sistemas no significa la equiparación de los niveles de protección social. Esto queda pendiente de aclarar en función del nivel de gasto público en cuidados de larga duración en la UE y los países de la OCDE. Nuestro anterior estudio (Pacolet, Bouten, Versieck, Lanoye, 2000) revela cómo las personas con grados similares de dependencia e ingresos disfrutaban de niveles diferentes de protección social.

Las diferencias permanecen en los aspectos organizativos de la protección social (estados de bienestar con orientación Bismarck o Beveridge, grado mayor o menor de prestaciones del estado) pero el aspecto fundamental es la cantidad total de servicios formales disponibles. Aunque el punto central de este estudio comparativo es ofrecer una visión global de esta disponibilidad, las cifras deben ser consideradas con cuidado. Dada esta advertencia, los niveles de asistencia residencial difieren en una escala del 1 al 5 para el grupo más alto y menos alto y entre 1 y 3 en el caso de cuidados comunitarios. El rango para diferencias de gasto es todavía mayor. Los países nórdicos y los mediterráneos están situados en los extremos más altos y más bajos de esta escala.

Un aspecto de la convergencia es que, ya a mediados de los años noventa, había una tendencia a pasar de la prestación de servicios a la prestación monetaria. La OCDE (y EEUU) han confirmado su interés por la orientación hacia la elección por parte del consumidor en los CLD (Wiener, e.a., 2003; Lundsgaard, 2005; OCDE, 2005). Pero a pesar de este discurso, de hecho, a parte de las pensiones, la prestación de servicios es la parte principal de la protección social de personas mayores. Los niveles y tipos de servicios formales difieren, pero para casi todos los países, se menciona una larga lista de servicios. Casi todos los estados miembros también hacen referencia al pago por los cuidados o prestaciones similares. Los subsidios para el alquiler son bastante comunes.

La tendencia gira en torno a la sustitución de los cuidados formales por los informales, pero en muchos países hay límites a esta sustitución. En Bélgica por ejemplo, observamos que en términos de horas, los cuidados informales son cinco veces más importantes que los cuidados formales. Muchos países han introducido algún tipo de pago por los cuidados, a veces a modo de subsidio pagado a la persona asistida, o en ocasiones pagada al cuidador informal.

La expansión cuantitativa de las prestaciones básicas tocó a su fin a causa de la austeridad presupuestaria. Esto está en contradicción con las nuevas necesidades demográficas. Una solución posible sería la diversificación y la diferenciación dentro de los sistemas más maduros. Por ejemplo, los cuidados en una residencia asistida son más baratos que los cuidados en un hospital; la provisión de vivienda protegida es más barata que la asistencia en una residencia asistida dependiendo de cómo uno vea el tema de la dependencia; los cuidados informales pagados son más baratos que los cuidados formales. Sin embargo, existen límites en la contribución de la diversificación de los recursos a la contención de costes; las viviendas protegidas necesitan más servicios, existe una convergencia creciente entre los servicios en pisos, las residencias de la tercera edad y las residencias de cuidados asistidos que, eventualmente, acaban teniendo las mismas necesidades para los mismos grupos de personas mayores. La próxima década será un periodo de expansión cuantitativa: la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración se ha convertido en una característica común en muchos estados miembros de la UE. Pero es todavía más evidente que una mayor expansión cuantitativa de los servicios está menos determinada por aspectos demográficos y más por la presión de los costes, que dependen a su vez del crecimiento económico general, o incluso pueden sobrepasar los costes debido a las presiones de costes adicionales y las expectativas de la población.

El desarrollo pasado y futuro de los cuidados de larga duración tendrá lugar en el contexto del desarrollo general del estado de bienestar en Europa. Los resultados de nuestro proyecto longitudinal sobre la situación del estado de bienestar en la UE recogieron importantes líneas comunes de interés político. Cada vez parece más claro que el sistema de seguridad social de cada país necesita un desarrollo diferente, por lo que pueden observarse diferentes tendencias a nivel europeo (centralización vs. descentralización, expansión vs. contracción). Este desarrollo depende de factores autónomos tales como las condiciones económicas, demográficas, el punto de partida así como aspectos institucionales. Sin embargo, concluimos que una integración económica europea no alteraría esos determinantes específicos. Pero facilitaría los “cambios de régimen” y la difusión de nuevas políticas. El debate europeo facilita también la difusión de cambios estructurales a lo largo de ciertas líneas como, por ejemplo, las prestaciones ocupacionales, la privatización o una mayor competitividad. Esta armonización “blanda” y la convergencia toman

quizás más tiempo, así que sus efectos podrán observarse después de un periodo más largo, aunque los efectos pueden ser igual de esenciales. La contracción del gasto social no tuvo lugar en los países de la eurozona desde el momento en que se produjo una consolidación fiscal con un incremento de los impuestos. Después de instaurar la moneda única, se interpretó el Pacto por la estabilidad muy ampliamente. Desde entonces, las reducciones en los impuestos, o bien se están dando ya o bien se han anunciado. Podrían también imponerse por una competitividad adicional en el mercado interno o en el mercado global. La presión por la contención de costes persistirá. Pero también hay claros ejemplos que indican lo contrario. El más evidente es la expansión del gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Esperamos que el seguimiento mutuo de las políticas sanitarias y de cuidados de larga duración, tal y como se acordó en el Método Abierto de Coordinación (MAC) y el compromiso europeo de estándares de calidad en materia sanitaria y cuidados de larga duración estimulen la expansión. La actualización inmediata del sistema sanitario es probablemente todavía más cara en muchos países que las futuras demandas debido al envejecimiento de la población. La creación de un nuevo seguro de cuidados de larga duración (ver cuadro 5) es una garantía para emprender dichas medidas.

Tabla 5 Nuevas y recientes iniciativas para un seguro específico de cuidados a largo plazo en Europa

1/7/1993	Austria	Pflegegeld
1/1/1995	Alemania	Pflegeversicherung
19/6/1998	Luxemburgo	Creación de un seguro de CLD
2001	Flandes (Belgium)	Zorgverzekering (I seguro de CLD para subsidios en líquido en el hogar o en una residencia)
1/7/2004	Francia	Mejora del ‘Subsidio Personalizado de Autonomía’
2006-2007	España	El sistema nacional de dependencia

En los estados de bienestar de la UE-15 con orientación Beveridge, el seguro de cuidados de larga duración está enmarcado en los sistemas existentes de servicios sociales personales, mientras que en los estados de bienestar con orientación Bismarck ha habido una estrategia para crear nuevos y específicos sistemas de seguros, aunque Bélgica integró el riesgo en gran parte en el sistema sanitario. Este desarrollo integrado tiene sus ventajas. En muchos países, la falta de integración y coordinación tanto en la financiación como la organización es significativa (Casey, e.a., 2003). Especialmente en situaciones límite, y son frecuentes ya que los cuidados de larga duración se encuentran tan cerca de la sanidad, las diferencias en los tratamientos, la financiación o la elegibilidad pueden ser problemáticas. Esto se confirma por un estudio recientemente publicado en Inglaterra por Wanless (Wanless, 2006). Allí, se constata una situación extrema ya que existe una diferen-

te percepción entre el sistema sanitario que es de acceso libre y la exigencia de falta de recursos para acceder a los CLD. Esto es cada vez más problemático y menos comprendido por la población donde los grupos de riesgo de renta media deben afrontar la infraprotección así como costes demasiado altos y el riesgo de mermar su patrimonio. La solución propuesta pasa por un sistema más armónico de seguro social menos sometido a la prueba de recursos. Problemas similares se han producido en el seguro de cuidados de larga duración en Alemania.

Estos problemas pueden evitarse cuando los principios del seguro de cuidados de larga duración son parecidos a los de la seguridad social, cosa que defendemos en nuestro estudio comparativo de la UE abogando por unos CLD cercanos o incluidos en la seguridad social organizada en base a los mismos principios. (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000).

Pero tan importantes son los cambios institucionales como la cantidad y estructura de gasto para los cuidados de larga duración en los sistemas existentes de protección social. En muchos países, esos gastos están sometidos a debate, al igual que la viabilidad y alcance de los sistemas creados recientemente. La conclusión de nuestros informes sobre la situación del estado de bienestar es que el estado de bienestar debe ser receptivo a las necesidades cada vez mayores de cuidado de las personas mayores, así como las nuevas necesidades de cuidados de niños e instrumentos para conciliar la vida laboral y la vida familiar. Sin embargo, la cantidad de necesidades por cubrir sigue sin estar clara, no siempre debido a la falta de financiación pública, sino también a veces debido a la capacidad de gestión para afrontar el fenómeno por parte de las organizaciones que operan en el sector. Pero la mayoría de las veces, dichas necesidades son causadas por una escasez de recursos y la conclusión de nuestro estudio comparativo previo sigue siendo válida: el progreso social y la mejora de las prestaciones son posibles cuando hay financiación adicional ('Dinero nuevo', Pacolet e.a. 2000,). Esta necesidad inmediata de recursos adicionales parece ser todavía mayor que las futuras necesidades previstas debidas a los efectos demográficos⁴.

La conclusión principal de nuestro estudio comparativo internacional parece que se confirma: 'aunque el coste de los cuidados de larga duración es enorme para las personas mayores que tienen que pagarlo ellas mismas, el seguro de cuidados de larga duración, cuando existe, parece ser asequible a nivel macro' (Pacolet, e.a., 2000, p. 15). Es prometedor para el progreso económico, social y humano en este campo.

12. CONCLUSIONES

Existe una gran receptividad de los estados de bienestar europeo con respecto a los riesgos del envejecimiento ya que para esto fueron diseñados. Pero, según la información fiable de la que disponemos, también hay una gran diferencia en los niveles de protección social del riesgo. La mera existencia de un seguro específico de cuidados de larga duración no altera este hecho. Parece estar relacionado con el estadio de desarrollo del estado de bienestar. Sin embargo, cabe esperar una senda de crecimiento común. Hay evidencias cada vez más claras de que, aunque muy elevados para el individuo, el coste total de los cuidados de larga duración para la sociedad actual y para la futura, será asequible. Esta observación es prometedora y alentadora de un futuro progreso económico y social. "Podemos permitirnos envejecer" ⁵. Los sistemas de protección social están en una fase de transición. Despacio, pero con paso firme, están caminando hacia sistemas pilariados, o incluso privatizados. Probablemente será inevitable. Pero esto no se contradice con el razonamiento de un primer pilar de calidad. La sostenibilidad de esos sistemas de protección social de 'primer pilar' deberían emanar de este artículo. De lo contrario, nos encontraríamos ante la "privatización por defecto".

⁴ Un buen ejemplo es cómo el nuevo escenario del artículo de Wanless para la Revista Social Care de Inglaterra (2006), p. xxvii) ilustra que las necesidades adicionales para actualizar en 2002 las prestaciones sociales apuntando a un 'nivel más alto (razonable) de atención y seguridad personal y una sensación mayor de bienestar' aumentaría el gasto actual de un día para otro de un 1.1% del PIB al 1.4% con un aumento todavía mayor hasta 2026 (sobre todo por razones demográficas) de un 2%. Así que los próximos 25 años requerirían un 0.6% más del PIB mientras que las necesidades inmediatas para mejorar las prestaciones sociales necesitaría de un 0.3%.

⁵ Una respuesta positiva al libro de Disney, 2006.

BIBLIOGRAFÍA

Activities of the European Union. *Summaries of legislation. Employment and Social Policy, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Directorate-General of the European Commission*, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/s02300.htm>.

Baumol W.J. (1993), 'Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice', *Public Choice*, vol. 77, p. 17-28.

Casey B.H. (2003), *Coordinating Coordination: Beyond Streamlining*, VDR/BMGS/MPI Follow-up Conference on the open method of coordination in the fields of pensions in the European Union - Quo Vadis?, Berlin.

Casey B., Oxley H., Whitehouse E., Antolin P., Duval R. & Leibfritz W. (20 november 2003), *Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform*, Economics department working papers, vol. no. 369, OECD/OCDE.

Czarnitzki D., Fier A., Heneric O., Hussinger K., Licht G., Müller E. & Sofka W. (2004), *European competitiveness report 2004, Competitiveness and benchmarking*, European Commission, Mannheim.

Casey B. & Yamada A. (2002), *Getting Older, getting Poorer? A Study of Earnings, Assets and Living Arrangements of Older People in Nine Countries*, Labour Market and Social Policy. Occasional Papers, vol. 60, OECD, Paris.

Costello D. & Bains M. (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/, vol. 655/01-EN final, Economic Policy Committee, Brussels.

Commission of the European Communities (2003), *Streamlining open coordination in the field of social protection, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, nr. Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy, Brussels.

Commission of the European Communities (2005), *The community Lisbon programme, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Common actions for growth and employment*, Brussels.

Disney R. (1996), *Can we afford to grow older?*, MIT Press, Massachusetts.

Economic Policy Committee (2005), "Increasing growth and employment", Annual report on structural reforms 2005, vol. N° 12, European Commission, Brussels.

The European Convention (2003), *Text forwarded by Ms Anne Van Lancker and other members of Convention working group on "Social Europe"*, Conv, vol. 780/03, <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/03/cv00/cv00780en03.pdf>.

Bonde J-P (2005), *The proposed EU constitution. The reader-friendly edition*, www.EUabc.com/European Parliament, Brussels.

Commission européenne (2004), *La situation sociale dans l'Union européenne 2004. Vue d'ensemble*, nr. Europe: état et avenir de la protection sociale, Commission européenne, Bruxelles.

European Commission (2005), *The social agenda 2005-2010. A social Europe in the global economy. Jobs and opportunities for all*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities of the European Commission, Brussels.

The European Convention (2003), *A revised version of the final report of the "Social Europe" Working Group*, Conv, vol. 516/1/03, The European Convention - The secretariat, <http://gandalf.aksis.uib.no/~brit/EXPORT-EU-Constitution/Export-Documents-CONV/CONV-516-03-02-04-R1-EN/SummaryofConclusions.html>.

Huber M., Hennessy P., Izumi J., Kim W. & Lunsgaard J. (2005), *Long-term care for older people*, OECD Publications, Paris.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.v. (28 - 29 June 2004), *Social services of general interest in the EU. Assessing their specificities, potential and needs*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Social Platform/Observatory for the Development of Social Services in Europe, Brussels.

Lundsgaard J. (11 May 2005), *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability*, OECD Health working papers, vol. no. 20, OECD/OCDE, Paris.

Natali D. (2004), *The hybridisation of pension systems within the enlarged EU. Recent reforms in old and new members*, Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid, vol. 46, nr. 2, p. 349-373.

Natali D. (2004), *La MOC Pensions: un résumé historique*, Service public fédéral sécurité sociale, Brussels.

OECD (2005), *Long-term care for older people*, OECD, 137 p.

OECD (2006), *Projecting OECD health and Long-term care expenditures: what are the main drivers?*, Economics Department Working Papers no. 477, OECD,

OECD (2005), *Ensuring quality long-term care for older people*, Policy Brief, vol. march 2005, OECD, <http://www.oecd.org/publications/policybriefs>.

Österle A. (1996), *Payments for care and equity*, ERI Occasional Paper, vol. No 3, European Research Institute.

Pacolet J.i.s.m. I. Van De Putte (ed.) (13 maart 1998), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, in EUCDW (ed.), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, Strasbourg, European Parliament.

Pacolet J (ed.) (16 oktober 2002), 'Stabilising Solidarily Financed Social Security Systems. How Is Social Progress Possible?', in EUCDW (ed.), *Financing of Social Security Systems in the EU*, Oeiras, Lissabon, Motel ContinentalKok W. (2004), *Facing the challenge. The Lisbon strategy for growth and employment*, European Commission, Brussels.

Pacolet J. (2003), *The state of the welfare state anno 1992 and five year later*, HIVA-K.U.LEUVEN - K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Debrabander K. (1997), 'The State of the Welfare State in Belgium - Anno 1992', in Pacolet J. en Versieck K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 2: The Member States - EU 12 B, D, DK, E, F, G, I. Working Documents (1995)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, p. 34.

Pacolet J. & Marchal A. (2003), 'Undeclared work: a threat to the welfare state, proceedings of a Belgian-European colloquium', *Belgian Review on Social Security*.
Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Report*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 2: Report on the Member States, EU 12 B, D, DK, E, F, G, I*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven .

Pacolet J. & Versieck K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 3: Report on the Member States, EU 12 IRL, L, NL, P, UK; EU 15 A, FIN, SWE*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. & Versieck K. (1997), 'The State of Welfare Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study', in Pacolet J. en Versieck K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Study. Working Documents (1995)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, p. 43.

Pacolet J. & Versieck K. (1995), *The State of the Welfare State Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study*, Paper to be presented at the CEPS Workshop Business and the Welfare State, Brussels, September 22 1995, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet J. ed. (2006), 'The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States', Leuven, HIVA, to be published.

Pacolet J. ed. (2006), 'The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States', Brussels, Belgian Review of Social Security, to be published.

Pacolet J. & Versieck K. (1998), 'The State of the Welfare State Anno 1992', in Paraskevopoulos C.C. (ed.), *Global Trading Arrangements in Transition*, Edward Elgar, Northampton.

Pacolet J., Bouten R. Lanoye H. & Versieck K. (2000), *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot, xviii + 337 p.

Pacolet J. & Wilderom C. (Eds.)(1991), *The Economics of Care of the Elderly*, Avebury, Londen, p. 109-127.

Pacolet J., Deliège. D., Artoisenet C., Cattaert G., Coudron V., Leroy X., Peetermans A. en Swine C. (2005), *Vieillessement, aide et soins de santé, Rapport de synthèse.*, FOD Sociale Zekerheid, Brussel

Economic Commission for Europe (2002). *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing*. UNECE Ministerial Conference on Ageing, Berlin (Germany), 11-13 september 2002.

Economic Policy Committee, *Report European Economy*. European Commission Directorate-General For Economic and Financial Affairs (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). Special Report n°1/2006.

Rodriguez Cabrero, G. , The welfare State in Spain between 1998 and 2003, in J. Pacolet, ed., The state of the welfare state anno 1992 and ten years later with ten new member states, Leuven, 2006, to be published.

Sapir A. (2003), An agenda for a growing Europe. Making the EU Economic System Deliver, E.C.

Wanless D. (2006), *Securing Good Care for Older People. Taking a long-term view*, Wanless social care review, King's fund, London.

Wiener J.M., Tilly J. & Cuellar A.E. (2003), *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*, Public Policy Institute, Washington.