

El próximo desafío demográfico de Europa: la rentabilidad de la salud (y III) [Continuación del ensayo publicado en números anteriores]

Nicholas Eberstadt / Hans Groth

En un sentido muy real, España se separó del resto de Europa durante las décadas de la dictadura de Franco: fue sólo tras su muerte en 1975, y la posterior transición a la democracia constitucional, cuando España «regresó» por fin formalmente al redil europeo occidental (la entrada oficial en la entonces Comunidad Europea se produjo en 1986). Aun así, durante las dos últimas generaciones, el reino de España ha estado sujeto a todas las tendencias demográficas que han venido describiéndose anteriormente como características de Europa occidental. La experiencia demográfica española, sin embargo, puede considerarse una variante especial dentro de la experiencia europea occidental: una versión que está reproduciéndose como si se hubiera apretado el botón del «avance rápido». En muchos aspectos, en comparación con otras sociedades europeas, los cambios demográficos de España están teniendo lugar a una mayor velocidad, tanto para bien como para mal. La acelerada trayectoria demográfica de España acentúa los desafíos de enfrentarse al envejecimiento de la población, pero también refuerza las ventajas económicas potenciales que podrían obtenerse si se opta por sacar provecho del potencial de la salud.

En las cuatro últimas décadas, ningún gran país europeo ha experimentado una revolución en los modelos de natalidad más espectacular que la de España. A finales de los años sesenta, según la División de Población de Naciones Unidas (DPNU), la «tasa total de fertilidad» española se situaba cerca de tres nacimientos por mujer y por ciclo vital, una de las más altas de Europa en aquella época. En 2005, según Eurostat, la TTF de España era de sólo 1,35, una de las más bajas de Europa occidental en aquel año. Las cifras de Eurostat subrayan la velocidad y la magnitud del desplome de la fertilidad de España a imagen y semejanza del resto de Europa occidental. En los treinta años transcurridos entre 1973 y 2003, la tasa de fertilidad española cayó nada menos que un 55%. En el mismo período, la fertilidad descendió en Alemania un 14%; en Francia, el 11%; en el Reino Unido, tan sólo el 6%. Con un descenso del 45% entre 1973 y 2003, incluso la disminución de la fertilidad en Italia fue menos pronunciada que la de España. Según Eurostat, además, las tasas de natalidad españolas han pasado ya a ser un «subreemplazo» para toda una generación. En 1981, cinco años antes del ingreso de España en la Comunidad Europea, la «tasa de reemplazo neta» (TRN) cayó por debajo del nivel necesario para la estabilidad de la población a largo plazo en ausencia de inmigración. Una vez cruzado ese umbral, la tasa de natalidad española siguió avanzando hacia un pronunciado subreemplazo. En 1998, la «tasa de reemplazo neta» de España cayó hasta el 0,55, un nivel que auguraba una contracción del 45% de una generación a la siguiente si esos patrones de natalidad se mantenían con el paso del tiempo. Aunque los índices de natalidad han aumentado un poco durante la última década, la TRN seguía siendo de sólo el 0,65 en 2005; con esa trayectoria, cada nueva generación de nativos se vería reducida en un 35%.

Nos detenemos en la revolución (o colapso) de la fertilidad española porque son las tendencias de fertilidad, mucho más que las tendencias de longevidad, las que generan realmente el impulso para el envejecimiento de la población en virtud de su impacto en la estructura demográfica global de un país. Así, este declive de la natalidad en España en el curso de la última generación ha puesto en marcha un profundo e irrevocable «engrisecimiento» de la sociedad española en la próxima generación. Gracias principalmente a su «escasez de nacimientos», España se halla ahora en posición de experimentar no sólo abruptas contracciones demográficas, sino también un envejecimiento de la población inusualmente rápido. Los cálculos de Naciones Unidas y las proyecciones de la «variante media» así lo ratifican[1].

En 1985 -hace un poco más de dos décadas-, la edad media en España era de 32 años. Por aquel entonces, según estas mediciones, España era más joven que el conjunto de las regiones desarrolladas; más joven que el resto de Europa en su conjunto, y más joven que el resto de grandes centros de población de Europa occidental. En 1985, la edad media en Alemania era cinco años más alta que en España; Gran Bretaña e Italia presentaban edades medias que eran tres años superiores a la de España, e incluso la relativamente fecunda Francia era más vieja que España.

En 2030 -algo más de dos décadas a partir de ahora-, las proyecciones indican que la edad media de España será de casi 49 años. Esta cifra sería casi cinco años más alta que la proyección de 2030 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para las regiones desarrolladas en su conjunto; más de tres años más alta que para el conjunto de Europa; más de cinco años más alta que para Francia, y más de seis años más alta que para Alemania. De todos los grandes países de Europa occidental, sólo Italia -con una edad media proyectada de unos asombrosos 50 años- sería, según estos cálculos, más «gris» que España.

Entre ahora y 2030, España puede prever su propio «tsunami local de la tercera edad». Las proyecciones indican que, en 2030, alrededor del 24% de la población total de España tendrá 65 años o más; el 7% superará los 80 años. Mientras que se calcula que la población total del país esté aproximándose al estancamiento en 2030, las filas de españoles de más edad estarán creciendo vigorosamente: en el curso de la próxima generación, la cohorte de personas mayores de 65 años seguirá creciendo a un ritmo de alrededor del 1,7% anual; el grupo de personas mayores de 80 años, a un tempo del 2,3% anual.

En conjunto, la «población en edad laboral» de España -el grupo de 15 a 64 años- está en disposición de aumentar de tamaño en los años inmediatamente posteriores; las proyecciones del PNUD sugieren que esta reserva de trabajadores potenciales será menor en 2030 que en 2010, o que ahora. Y España debe prepararse para un brusco descenso en algunos de los grupos de edades laborales más jóvenes tradicionalmente productivos. El grupo de edad de 30 a 44 años -una cohorte, como hemos visto, que parece aportar de manera desproporcionada las invenciones y la innovación- está llamado a caer en picado en números absolutos en un 30% o más en España entre 2005 y 2030. Las proyecciones indican, asimismo, que el grupo de edad de 15 a 24 años -en las sociedades modernas, típicamente la cohorte con las técnicas más novedosas, la formación más actualizada y el nivel más alto de finalización de sus estudios- verá

cómo disminuye su tamaño en España entre 2005 y 2030, aunque no de un modo tan radical. Sin embargo, en 2030, la pirámide de población de España para los grupos en edad laboral del país se verá «invertida», con una tendencia creciente al desequilibrio debido a las abultadas dimensiones de su parte superior. En 2030, de cada 100 personas de 55 a 64 años, habrá sólo 66 entre la cohorte de 15 a 24 años, una situación que difícilmente puede calificarse de prometedora, al menos con las rutinas de educación y jubilación actuales, tanto para incrementar los logros globales de los trabajadores como para aumentar los recursos de los trabajadores. En España, como en el resto de Europa occidental, ni las políticas de natalidad ni las políticas de inmigración parecen ofrecer mucho margen para alterar las restricciones demográficas que el país habrá de afrontar en el curso de la próxima generación.

Dadas sus vinculaciones históricas con la época fascista, las políticas pronatalistas pueden dejar un mal sabor de boca a los españoles contemporáneos. Pero incluso con alguna forma de «cheque-bebé» o ventajas similares, las perspectivas para un aumento de los nacimientos para España son muy limitadas y, bajo cualesquiera circunstancias, no parece que vaya a producirse un regreso a una fertilidad de nivel de reemplazo. Según Eurostat, las mujeres españolas nacidas en el año 1965 –que tienen cuarenta y tantos años en la actualidad– han tenido una media de sólo 1,6 niños durante sus años fértiles. Dados los cambios sociales que están produciéndose en España, es difícil imaginar por qué habría que esperar que sus hermanas pequeñas, o sus hijas, acabaran sus años de maternidad con un mayor número de hijos e hijas. En las últimas dos décadas, la proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio en España ha aumentado de menos del 10% a más del 25%; la tasa total de matrimonios en el país ha caído en picado; y el número anual de divorcios prácticamente se ha cuadruplicado. Los jóvenes en España han abrazado de manera rápida y entusiasta el «estilo de vida posmoderno» de Europa, un punto de vista, y un modo de vida, que no favorecen precisamente a las familias más amplias.

Por lo que respecta a la inmigración, España, hasta fechas muy recientes, estaba muy rezagada con respecto al resto de Europa. Hasta hace poco, era más probable que España enviara a trabajadores al extranjero a que atrajera ella misma a *Gastarbeiter*. Pero desde el ingreso en la Unión Europea, la situación ha cambiado, y lo ha hecho a una velocidad casi vertiginosa. En 1985, en vísperas de la adhesión, según cálculos del PNUD, los inmigrantes nacidos en el extranjero suponían apenas un 1% de la población de España. En 2005, la proporción correspondiente era del 11%: un porcentaje mayor que para Gran Bretaña o Francia. Según cálculos del PNUD, casi cinco millones de inmigrantes (ya sea documentados formalmente o no) vivían en España en 2005. En conjunto, estos recién llegados han aportado beneficios a España, aunque la afluencia se ha asociado también con problemas de asimilación, como sabe cualquier lector de la prensa diaria, especialmente en lo que respecta a los procedentes del norte de África. En un sentido puramente aritmético, España podría seguramente ralentizar el envejecimiento de la sociedad, y mitigar el ratio descendente entre trabajadores y jubilados, atrayendo a flujos aún mayores de inmigrantes en los próximos años, pero ¿habrá voces en el panorama político nacional español que aboguen activamente por transformar la España de 2030 en un país que tuviera, digamos, el 25% de personas de origen extranjero?

En suma, los parámetros que moldearán las tendencias demográficas de España en el

curso de la próxima generación son quizá sorprendentemente inflexibles, lo que equivale a decir que el perfil poblacional del país en torno al año 2030 puede ya describirse con un grado razonable de confianza. Salvo catástrofe, aquí es relativamente poco lo que puede hacerse para modificar este perfil. Pero, al igual que en otros países en Europa, existen grandes oportunidades en España para sacar partido del potencial de la salud en las décadas inmediatamente venideras.

Al igual que el resto de Europa occidental, España ha tenido la suerte de gozar de una «explosión de salud» sin precedentes desde el final de la Segunda Guerra Mundial. De hecho, el aumento de la salud en España ha sido especialmente llamativo, sobre todo en las últimas décadas. Esta revolución de la salud se refleja en el espejo de las tendencias de mortalidad del país, y donde se ve quizá de forma más gráfica es en las tendencias de la esperanza de vida al nacer[2].

Entre 1965 y 2005, la esperanza de vida global en España creció de manera espectacular en casi una década, y ahora supera de media los 80 años (casi 77 años para los hombres, más de 83 años para las mujeres). Gracias a ese avance inusualmente rápido, España disfruta ahora de un nivel de esperanza de vida que es más alto que los que imperan actualmente en países como Inglaterra, Alemania y Holanda. La esperanza de vida en España, de hecho, es ahora comparable con la de países «abanderados de la salud» como Francia y Noruega.

Otro hecho no menos relevante es que la esperanza de vida, tanto para los hombres como para las mujeres españolas, supera actualmente a la de sus homólogos en Estados Unidos: en aproximadamente un año y medio para los hombres, y en más de tres años para las mujeres. Virtualmente a cualquier edad, las perspectivas de supervivencia para el español típico, hombre o mujer, parecen ser más favorables que las del estadounidense típico. Entre personas en edad laboral, la ventaja de España en términos de salud sobre Estados Unidos resulta especialmente evidente. Mientras que, con las tasas de mortalidad actuales, cerca del 18% de los hombres y mujeres estadounidenses no tienen esperanzas de sobrevivir de los 20 a los 65 años, la fracción correspondiente en España se situaría por debajo del 13%. Esto supone un diferencial de casi el 30%, y es revelador de las diferencias potenciales en la productividad económica, como ya hemos resaltado en las anteriores secciones de este estudio.

Los españoles están viviendo ahora más años que nunca. Los españoles de más edad son también más robustos que nunca, y están mejor educados que nunca. Pero, paradójicamente, es también menos probable que casi nunca anteriormente que mantengan un vínculo laboral productivo. Al tiempo que la esperanza de vida del país ha estado aumentando, la edad media de jubilación ha descendido, y lo ha hecho de manera abrupta. Según un estudio de la OCDE, la edad media de jubilación en España descendió en cinco años para los hombres, y en casi doce años para las mujeres, entre comienzos de los años setenta y finales de los años noventa[3]. En consecuencia, el número de años que se prevé que se pasen trabajando en España ha estado descendiendo, mientras que la esperanza de vida tras la jubilación ha ascendido espectacularmente. Entre 1970 y 2004, según otro estudio de la OCDE, los años de jubilación se han duplicado o más para las mujeres españolas, pasando de 11 a más de 22 años; asimismo, los años de jubilación se han duplicado con mucho para los hombres españoles, aumentando desde 11 hasta casi 20 años[4].

En comparación con los estándares internacionales, los índices de participación laboral para los hombres y mujeres españoles de más edad son en la actualidad decididamente bajos (a pesar de que hayan aumentado un poco en el curso de la pasada década). Las tasas de participación laboral en Estados Unidos no son claramente las más altas en la OCDE, pero una comparación con Estados Unidos resulta clarificadora. En 2006, según los estudios realizados en España, apenas un tercio de las personas en sus primeros años como sexagenarios seguían trabajando, y prácticamente nadie por encima de los 65 años se encontraba económicamente activo. Para personas en los últimos años de la cincuentena, la diferencia en las tasas de participación laboral entre España y Estados Unidos se sitúa aproximadamente en 15 puntos porcentuales; la diferencia se acerca a los 20 puntos porcentuales para los primeros sexagenarios, y supera los 20 puntos porcentuales para las personas mayores de 65 años[5].

No es necesario ser un actuario de seguros, un demógrafo o un economista para darse cuenta de lo que presagia para España en las próximas décadas la brecha creciente entre tendencias de longevidad y modelos de empleo. Pero la OCDE ha ofrecido algunos cálculos que contribuyen a clarificar el panorama de hacia dónde parece estar encaminándose España. Con datos del año 2000, había más de cincuenta «jubilados» mayores (esto es, personas económicamente inactivas de cincuenta o más años) por cada cien integrantes del mercado laboral español. Si las tasas de participación laboral del país permanecieran inmutables hasta el año 2050, pero el envejecimiento de la población continuara tal y como se ha proyectado actualmente, España tendría más de 130 jubilados por cada 100 trabajadores sólo dentro de 42 años[6]. No parece necesario incidir en las implicaciones económicas de un escenario de estas características.

Hay, por supuesto, un escenario alternativo con implicaciones mucho más halagüeñas para el crecimiento y las perspectivas de desarrollo para España. Este escenario partiría del supuesto de que un número más alto de hombres y mujeres mayores españoles sanos siguieran vinculados productivamente en el sistema económico en los próximos años. Un aumento de las tasas de participación laboral para el grupo de mayores de cincuenta años en España en el curso de la próxima generación podría tener un impacto verdaderamente trascendental en las reservas de trabajadores activos del país. Al fin y al cabo, entre ahora y el año 2030 está previsto que la población total de España entre las edades de 15 y 49 años disminuya sustancialmente, quizás hasta un 20%. Por otro lado, el número de personas quincuagenarias o sexagenarias en España aumentará entre ahora y 2030 quizás hasta un 50%.

Expresado de manera sencilla, animar a las personas mayores a permanecer económicamente activas puede ser la clave demográfica para mantener y aumentar la prosperidad de España en las décadas inmediatamente venideras. Pero, ¿cómo deberíamos afrontar esta oportunidad y este reto? En la próxima sección examinaremos algunas de las políticas que deberían abordarse si España, y el resto de Europa, desean sacar provecho de «la rentabilidad de la salud».

Desgraciadamente, son muchas, y muy buenas, las razones para que los europeos de más edad hayan optado por abandonar el mercado laboral cuando son tantos los argumentos que parecen abogar, en cambio, por acogerlos en las filas de los

económicamente productivos. La explicación más evidente guarda relación con los adversos y hostiles regímenes fiscales que los potenciales trabajadores europeos de más edad han de afrontar en la actualidad. En primer lugar, encontramos la falta de incentivos para trabajar a edades más avanzadas impuesta por medio de las políticas oficiales europeas relativas a la fiscalidad y las pensiones. En gran parte de Europa occidental, los trabajadores que optan por permanecer en el mercado laboral después de cumplir cincuenta años arrostran castigos económicos por su decisión.

En Italia, el «impuesto implícito» por continuar trabajando hasta el final de la cincuentena (en términos de renuncia a pagos de pensiones e impuestos adicionales a las pensiones) se acerca al 50%; en Francia, casi al 60%; en Bélgica, sobrepasa el 60%; y en Luxemburgo, ronda el asombroso nivel del 85% (véase figura 15 en la edición impresa). No resulta sorprendente que el consiguiente descenso en las tasas de participación en el mercado laboral sea muy pronunciado. En Luxemburgo, en lo que deberían ser edades laborales cercanas a la cúspide, la tasa de participación en el mercado laboral para las personas de 55 a 59 años se sitúa por debajo del 47%. Por contraste, en Estados Unidos y Japón, donde este tipo de «impuestos implícitos» sobre el trabajo continuado son mínimos, el descenso entre los primeros y los últimos quincuagenarios es también mínimo, y las tasas de actividad económica para personas al final de la cincuentena son casi treinta puntos porcentuales más altas que en Luxemburgo.

Poner fin a los persistentes impedimentos oficiales al trabajo a edades avanzadas constituye un paso evidente y necesario para sacar partido del potencial y la rentabilidad de la salud en el curso de la próxima generación para los países de la región. Pero restaurar la neutralidad fiscal en este ámbito no es más que un solo paso dentro de un camino mucho más largo y más amplio. Valerse económicamente de manera mucho más plena de la ventaja comparativa de Europa en el ámbito de la salud requerirá nada menos que una revisión de muchas de las políticas y disposiciones básicas que en la actualidad se dan por sentadas en la vida cotidiana europea occidental.

No proponemos aquí ni planes detallados ni programas de largo alcance. El precursor de cualesquiera manifiestos de este tipo debe ser un trabajo de base intelectual, resultante de un diálogo público de gran alcance, sin prejuicios ni trabas, sobre lo que está funcionando bien en la manera actual europea de abordar el «envejecimiento saludable», y también sobre lo que debería estar funcionando mucho mejor. En el espíritu de una crítica constructiva, mencionaremos simplemente tres facetas de la vida social y económica en las que parece especialmente acuciante un replanteamiento de las políticas y disposiciones europeas existentes: mercados de trabajo, educación y política sanitaria.

MERCADOS DE TRABAJO

Los problemas estructurales de los mercados de trabajo europeos contemporáneos no

son exactamente un secreto internacional. Con cualquier medida global que se tome, las economías europeas se caracterizan por altos niveles de desempleo y períodos extraordinariamente largos de inactividad para los que están parados. Mientras que, por ejemplo, menos del 10% de los parados de Canadá habían estado más de un año sin trabajar en 2005, la cifra correspondiente entre los desempleados en la UE-15 era de casi el 44%[7]. Estas rigideces, sin embargo, se han impuesto a los mercados laborales de Europa más o menos con una intención deliberada; son un reflejo directo de las políticas, regulaciones y restricciones oficiales sobre el empleo.

La consecuencia de estas distorsiones ha sido la aparición durante la última generación del «europeo infratrabajado», un fenómeno vívidamente ilustrado en la figura 16 (véase la edición impresa). No sólo son más bajas las tasas de participación de Europa en el mercado laboral –y a menudo marcadamente más bajas– que las de los países no europeos de la OCDE, sino que las horas trabajadas por aquellos que tienen realmente un empleo han descendido vertiginosamente en las últimas décadas. En este punto, de hecho, el típico trabajador italiano trabaja doscientas horas menos por año que su homólogo estadounidense. Para los trabajadores franceses y alemanes, la diferencia correspondiente es de casi cuatrocientas horas por año: ¡el equivalente de prácticamente un día de trabajo por semana! Esta diferencia de trabajo entre Estados Unidos y Europa se ha materializado a pesar de un descenso de alrededor del 10% en horas anuales por trabajador en Estados Unidos entre comienzos de los años sesenta y los inicios del siglo XXI.

La disponibilidad de trabajo notablemente baja de Europa occidental (la otra cara de la moneda de sus tasas notablemente bajas de utilización de la mano de obra) no puede explicarse de modo convincente como consecuencia de la prosperidad, o de «los especiales gustos europeos para el tiempo libre»[8]. Al contrario, el «europeo infratrabajado» actual es fundamentalmente una creación del entorno político. Por regla general, por ejemplo, los países europeos occidentales han hecho que resulte caro contratar, y difícil despedir, a nuevos trabajadores. En consecuencia, los empresarios europeos tienden a ser excepcionalmente cautelosos a la hora de realizar nuevas contrataciones.

Para trabajadores potenciales de más edad, el clima es especialmente difícil, ya que las reglas habituales para esas personas mayores suelen traducirse en que se les conceden diversas ventajas superiores a su productividad individual, una práctica que transforma a los eventuales trabajadores mayores en indeseables aniquiladores de beneficios para cualquier empresa competitiva. Además, por una suerte de razonamiento de suma cero no menos frecuente a pesar de su falta de lógica manifiesta, muchos europeos creen que cualquier trabajo ofrecido a un trabajador mayor está siéndole arrebatado a alguien más joven, como si hubiera alguna cifra total de trabajos fija e inmutable para el continente, de modo que la ganancia de una persona haya de suponer la pérdida de otra.

No hay ninguna duda de que el mercado laboral para los jóvenes en Europa no ha sido ni vibrante ni especialmente prometedor durante ya bastante tiempo. Es un entorno que disuade, en primer lugar, a los jóvenes europeos de buscar trabajo, y aquellos que lo hacen saben que las tasas de desempleo tienden a ser las más altas para su grupo de edad[9]. Pero los hombres y mujeres jóvenes en Europa no son excluidos del mercado

de trabajo por sus padres, y mucho menos por la tercera edad. Los europeos jóvenes y viejos por igual tienen más bien que padecer regímenes económicos que hacen bajar artificialmente la demanda para su trabajo. Compensar las disfunciones en que «todos pierden» en los mercados laborales europeos generará más riqueza, más demanda de consumidores y empresas, y más oportunidades laborales para todos, independientemente de la edad del trabajador en concreto.

Si Europa espera obtener un beneficio económico de su inminente aumento de eventuales trabajadores de más edad, sus mercados de trabajo deben ser mucho más flexibles, y más racionales económicamente, de lo que lo son hoy. Y para que no quede sin decirse: como parte de esta revisión, sería absolutamente pertinente que tuviera lugar algún tipo de transición ordenada hacia un sistema de fondos de pensiones que comportara un mayor grado de responsabilidad personal directa en la financiación de la jubilación[10].

EDUCACIÓN

Aunque el futuro promete producir la cohorte con mejor formación de trabajadores de más edad que jamás ha conocido Europa, no puede permitirse que las capacidades y la formación en una economía rápidamente cambiante, basada en el conocimiento, se queden estancadas. Aunque siempre tendrán lugar algunos cursos de capacitación espontáneos en el trabajo, sería muy bienvenida una estrategia más reflexiva para aumentar constantemente las capacidades de todos los trabajadores, incluidos los de más edad. En este momento, «aprender durante toda una vida» es en Europa un eslogan, no una práctica; pueden detectarse enormes diferencias entre los países tanto en la regularidad como en la calidad de la formación o educación profesional complementaria[11]. Para apoyar una auténtica educación durante toda la vida, Europa necesitará un cambio sistemático, no sólo de las políticas, sino también de la cultura subyacente.

Sin incidir en exceso en el tema, puede que sea pertinente realizar aquí dos observaciones sobre el «aprendizaje durante toda la vida». En primer lugar, como ha señalado el premio Nobel de economía James J. Heckman, «la aptitud genera aptitud y el aprendizaje genera aprendizaje»[12]. En otras palabras, «la educación durante toda la vida» debería iniciarse propiamente al *comienzo* de la vida. Pero son muchos los indicadores que apuntan a que existe un margen de mejora considerable en la educación y la formación de las próximas generaciones en Europa. Como subrayaba la tabla 1[13], el continente acoge hoy no sólo al «europeo infratrabajado», sino también al «europeo infraeducado», y con mucha frecuencia ambos resultan ser la misma persona[14].

Esto nos lleva a un segundo punto: la adquisición y el aumento de aptitudes requiere el refuerzo por medio del trabajo. Heckman puso el énfasis en este aspecto en un reciente estudio realizado en el ámbito europeo, afirmando que «la utilización de las aptitudes en Europa es baja» y «el mantenimiento del capital humano es [también] preocupante». «La formación de las aptitudes se ve reducida -explicó- cuando los datos de la formación de las aptitudes son bajos debido a una baja utilización de las aptitudes y a un mantenimiento insuficiente de las aptitudes en años posteriores». En concreto, sugirió que «los problemas futuros de Europa con pobres aptitudes» se ven

«exacerbados por las instituciones de los mercados de trabajo y las políticas gubernamentales que reducen los índices de utilización del capital humano y promueven una marcada depreciación del capital humano a lo largo del ciclo vital». Así, en opinión de Heckman, las políticas europeas actuales no sólo no están creando capital humano, sino que están destruyéndolo. Para fomentar con éxito la «educación durante toda la vida», recuerda que «las políticas que fomentan el capital humano no pueden verse al margen de las políticas del mercado de trabajo, los sistemas fiscales y de prestaciones y los planes de pensiones»[15].

POLÍTICA SANITARIA

Luego está la cuestión nada trivial de la política sanitaria. Los servicios médicos y sanitarios ya absorben una parte muy sustancial de los gastos totales en las modernas economías europeas. Con el notable envejecimiento de la población, entre otros «operadores», estos desembolsos prometen aumentar en los próximos años, posiblemente incluso de manera más rápida que en el pasado reciente. Del mismo modo, la parte de los recursos naturales absorbidos por la salud y los sectores médicos no puede sino crecer en las próximas décadas. Existe un temor muy extendido en la Europa actual sobre el fantasma de costes sanitarios explosivos e inasumibles en los próximos tiempos.

Nos gustaría sugerir respetuosamente que buena parte de este *Angst* suscitado por el coste de la sanidad es, en esencia, equivocado. Al fin y al cabo, en un régimen de desarrollo económico impulsado fundamentalmente por recursos humanos y capital humano, el coste de los cuidados médicos debe calcularse en términos del valor de la salud. Visto de manera un poco menos emocional y un poco más pragmática, el sector médico y las industrias biológicas deberían verse como parte de la estructura de apoyo básica que fortalece una economía moderna cada vez más dependiente y necesitada de la salud que requiere, especialmente en Europa, de fases más largas y más sostenibles de productividad durante toda la vida laboral con vistas a competir con éxito con otras regiones.

Aunque el discurso político contemporáneo suele proceder como si los gastos médicos y sanitarios no fueran más que un enorme coste impuesto a las modernas economías industriales, lo cierto es que los servicios médicos y de salud *umentan* la riqueza de las sociedades y de los ciudadanos que viven en ellas. Pocos de nosotros parecemos valorar la dimensión verdaderamente monumental de esta contribución. Kevin M. Murphy y Robert H. Topel, por ejemplo, han calculado que el valor económico de las reducciones de mortalidad y las mejoras de salud de que ha disfrutado la población estadounidense en los años 1970-2000 ascendió a aproximadamente sesenta billones de dólares[16]. Ese cálculo, deberíamos resaltar, es para el valor *neto* de las mejoras en la salud una vez descontados los gastos sanitarios y médicos. Una investigación análoga para Europa subrayaría los inmensos beneficios económicos que se acumulan en la actualidad gracias a los servicios sanitarios a este otro lado del Atlántico.

Para sacar provecho de su ventaja en el ámbito de la salud, Europa debe continuar invirtiendo en salud. Las asignaciones a los sectores médico y sanitario deberían

considerarse por regla general como inversiones[17]. ¿Nos preocupamos porque la inversión fija en maquinaria y equipamiento absorbe ahora un porcentaje mucho mayor de la producción nacional que hace un siglo?[18]. Hay que tener en cuenta, además, que la investigación y la innovación pueden proporcionar una mejora en la calidad a un coste *inferior* en el ámbito médico, al igual que sucede en otros sectores económicos[19]. La investigación desempeña aquí un papel decisivo, y existen pruebas de que es posible que las sociedades prósperas estén gastando demasiado poco, y no al revés, en innovación en este terreno. Un reciente e importante estudio sobre la investigación sanitaria necesaria en Estados Unidos, por ejemplo, concluyó que, desde el punto de vista de los datos económicos, el nivel óptimo de financiación pública para la investigación de las ciencias biomédicas y de la vida para Estados Unidos habría de ser aproximadamente tres o cuatro veces más alto que las partidas actuales[20]. Dados los niveles relativamente bajos de inversión de Europa en investigación y desarrollo en comparación con Japón y Estados Unidos[21], no sería sorprendente que la diferencia entre la inversión real y la óptima fuera incluso mayor para Europa occidental en la actualidad.

Para ser claros: nuestra perspectiva en temas de salud no justifica -no puede hacerlo realmente- a priori ninguna política sanitaria específica, ni ningún precio por los servicios médicos, ni ningún proyecto de las ciencias biológicas. Como en el resto de los sectores económicos, el coste de cualquier medida concreta en el campo de la salud podría muy bien carecer de justificación; cualquier desembolso o iniciativa concreta propuesta podría no resistir un escrutinio coste-beneficio. Pero con las nuevas oportunidades económicas resultantes del «envejecimiento saludable» en Europa, los índices de rendimiento en futuras inversiones en salud podrían ser realmente muy altos en los próximos años. En el siglo XIX, el gran médico y epidemiólogo Rudolf Karl Virchow afirmó: «Wenn die Medizin ihre grosse Aufgabe erfüllen soll, muss sie in das politische und soziale Leben einfliessen» (Si la medicina ha de cumplir su gran tarea, debe intervenir en la vida política y social). En los albores del siglo XIX, debemos incluir también el impacto potencialmente espectacular de la medicina en la vida económica como uno de sus grandes cometidos. Y si la política sanitaria europea cambia de actitud, y pasa de contener el coste de los gastos médicos a minimizar el coste de las enfermedades, se encontraría mucho mejor preparada para llevar a cabo esta tarea[22].

OBSERVACIONES FINALES

Dentro de una generación a partir de ahora, ¿estará Europa perdiendo sistemáticamente terreno frente a competidores emergentes, resignada a su estatus de economía a remolque de otras? ¿O conservará su posición actual como un lugar de máxima prosperidad que acoge a un gran número de industrias de vanguardia y globalmente competitivas? Es cierto que las presiones demográficas en Europa son muy fuertes y, sin una respuesta creativa, tendrán un peso cada vez mayor hacia esa primera visión del futuro. Si Europa no responde a sus desafíos demográficos, además, el continente puede disfrutar probablemente del equivalente a una jubilación cómoda y

prolongada (aunque cada vez más modesta). Pero un relativo declive económico no resulta ni mucho menos inevitable para Europa o sus habitantes.

A pesar del envejecimiento de la población y del estancamiento demográfico, Europa no necesita convertirse en una espléndida residencia de ancianos o en un refinado, pero cada vez más ajado, museo al aire libre. Hay otro camino, y la elección de por qué camino avanzar pertenece a los propios europeos[23].

Traducción de Luis Gago

[1] Podríamos utilizar, por supuesto, otras proyecciones –como, por ejemplo, las de Eurostat o las de la Oficina del Censo de Estados Unidos– para llegar a la misma conclusión. Aquí hemos seleccionado las proyecciones del PNUD porque tienen un formato y una presentación más asequibles para todo el período 1980-2030.

[2] Para las siguientes comparaciones utilizamos datos de la base de datos de mortalidad humana, que elaboran la Universidad de California-Berkeley y el Max Planck Institut für Demographie en Rostock, Alemania, disponible en línea en www.mortality.org. Para nuestros objetivos, estos datos son preferibles a las cifras publicadas oficialmente, porque han sido revisadas y ajustadas para asegurar la comparabilidad internacional.

[3] Peter Scherer, *Age of Withdrawal from the Labour Force in OECD Countries*, Occasional Paper, núm. 49, Mercado laboral y Política social, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), París, 11 de enero de 2002.

[4] OCDE, *Live Longer Work Longer*, París, OCDE, 2006, especialmente p. 33.

[5] Datos tomados de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), base de datos estadísticos, <http://laborsta.ilo.org>.

[6] OCDE, *Live Longer Work Longer*, p. 19.

[7] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *Labour Force Statistics 1985-2005*, París, OCDE, 2006, p. 47.

[8] Para una refutación detallada y convincente de estas suposiciones, véanse Alberto Alesina, Edward Glaeser y Bruce Sacerdote, «Work and Leisure in the U.S. and Europe: Why So Different?», Discussion Paper, núm. 2068, Harvard Institute of Economic Research, abril de 2005, <http://econweb.fas.harvard.edu/hier/2005papers/HIER2068.pdf> (consultado el 1 de junio de 2007).

[9] La situación puede ponerse de relieve por medio de una comparación ejemplar sencilla y, admitámoslo, extrema: mientras que en 2005 aproximadamente el 44% de los estadounidenses entre los 16 y los 19 años, y el 75% de los que tenían entre 20 y 24 años, estaban económicamente en activo, las proporciones correspondientes para los italianos de 15 a 19 años y de 20 a 24 eran del 14% y el 53%, respectivamente, una diferencia de más de veinte puntos porcentuales (Organización Internacional del Trabajo, LABORSTA Internet). La disparidad, por cierto, no puede explicarse en términos de número de matriculaciones educativas o datos de finalización de los estudios. En 2001, los índices de estos últimos eran casi treinta puntos porcentuales más bajos para la educación tanto superior como secundaria entre los italianos de edades de 25 a 34 años que entre sus homólogos estadounidenses. Véase Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *Education at a Glance: OECD Indicators*, 2002, París, OCDE, 2002, tablas A1.2 y A2.3.

[10] Para algunas perspectivas sobre la corrección de las actuales distorsiones del mercado de trabajo en Europa occidental, véanse Martin Neil Baily y Jacob Funk Kierkegaard, *Transforming the European Economy*, Washington, Institute for International Economics, 2004; André Sapir, Philippe Aghion, Giuseppe Bertola, Martin Hellwig, Jean Pisani-Ferry, Dariusz Rosati, José Viñals y Helen Wallace, *An Agenda for a Growing Europe: The Sapir Report*, Nueva York, Oxford University Press, 2004, y Alberto Alesina y Francesco

Giavazzi, *The Future of Europe: Reform or Decline*, Cambridge, MIT Press, 2006.

[11] Para más información sobre este punto, véanse OCDE, *Live Longer, Work Longer*, capítulo 6, y Keese, «Ageing and Employment in Europe», pp. 18-20.

[12] James J. Heckman y Bas Jacobs, «Policies to Create and Destroy Human Capital in Europe», en Hans-Werner Sinn y Edmund Phelps (eds.), *Perspectives on the Performance of the Continent's Economies*, Cambridge, MIT Press, en prensa.

[13] Véase la primera parte de este ensayo en [Revista de Libros](#), núm. 137 (mayo de 2008), p. 37 (edición impresa).

[14] Repárese en que no sostenemos que la calidad de la educación sea enteramente comparable entre los países europeos y Estados Unidos (o, si se quiere, entre un país europeo y otro). La medición del logro educativo (años completados en el sistema educativo) ofrece únicamente un indicador aproximado de las verdaderas aptitudes y formación que se reciben por medio de los estudios. Por imperfecta que sea esta aproximación, proporciona, sin embargo, un útil –y significativo– punto de partida para el análisis aquí realizado.

[15] Heckman y Jacobs, «Policies to Create and Destroy Human Capital».

[16] Kevin M. Murphy y Robert H. Topel, «The Value of Health and Longevity», *Journal of Political Economy*, vol. 114, núm. 5 (octubre de 2006), pp. 871-904.

[17] Aunque no debemos olvidar nunca que la salud no es sólo un bien de inversión, sino también un bien de consumo; o, por decirlo de otro modo, es un factor que genera no sólo rendimientos productivos positivos, sino también rendimientos de bienestar normativos. Los beneficios del consumidor de la salud mejorada, desde el punto de vista de los beneficiarios afortunados, puede superar considerablemente las mejoras mensurables de rendimiento o renta que pueden atribuírsele. Para una penetrante elaboración teórica y cuantitativa sobre este punto, véanse Murphy y Topel, «The Value of Health and Longevity».

[18] Como han señalado dos de los más destacados historiadores económicos de España, a finales del siglo XIX, la tasa de inversión de Europa occidental (esto es, el capital fijo interior bruto como una proporción del producto interior bruto) era de aproximadamente el 10%, mientras que en la actualidad es de alrededor del 20%, casi exactamente el doble del nivel de hace un siglo. Véanse Albert Carreras y Xavier Tunafell, «Long Term Growth of the Western European Countries and the United States, 1830-2000: Facts and Issues» (ponencia, International Economic History Association Congress, Helsinki, 21-25 de agosto de 2006), <http://www.helsinki.fi/iehc2006/papers3/Carreras103.pdf> (consultado el 1 de junio de 2007).

[19] La dimensión de las innovaciones de la reducción de costes puede ser incluso mayor de lo que a veces se supone si se confirma la teoría del «coste de la muerte» apuntada por algunos investigadores actuales.

Brevemente esbozada, ésta indica que la salud y los costes médicos pueden tender a concentrarse durante los últimos años de la vida de un paciente. Las versiones fuertes de esta teoría defienden que la edad por sí misma no constituye un factor relevante a la hora de determinar los gastos médicos y de salud; la edad y los gastos médicos tienden más bien a asociarse positivamente, ya que la gran mayoría de las personas en las sociedades occidentales viven en la actualidad hasta llegar a ser septuagenarias y octogenarias. Las versiones más débiles de esta teoría mantienen que la edad sí desempeña un papel a la hora de determinar los gastos médicos, pero que el fenómeno del «coste de la muerte» augura, sin embargo, un efecto debilitador en las presiones sanitarias en una sociedad envejecida, porque esos eventuales gastos al final de la vida están dilatándose en un mayor horizonte temporal. Para leer más sobre esta nueva literatura, véanse Peter Zweifel, Stefan Felder y Andreas Werblow, «Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the “Red Herring”», *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, núm. 4 (octubre de 2004), pp. 652-666; Meena Seshamani y Alastair M. Gray, «Ageing and Health-Care Expenditure: The Red Herring Argument Revisited», *Health Economics*, vol. 13, núm. 4 (2004), pp. 303-314; Zhou Yang, Edward C. Norton y Sally C. Stearns, «Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More», *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, núm. 58 (2003), pp. S2-S10; Sarah C. Stearns y Edward C. Norton, «Time to Include Time to Death? The Future of Health Expenditure Predictions», *Health Economics*, vol. 13, núm. 4 (2004), pp. 315-327, y Brigitte Dormont, Michel Grignon y

Hélène Huber, «Health Expenditures Growth: Reassessing the Threat of Ageing», *Health Economics*, vol. 15, núm. 9 (2006), pp. 947-963.

[20] Kenneth G. Manton, Gene R. Lowrimore, Arthur D. Ullian, XiLiang Gu y H. Dennis Tolley, «Labor Force Participation and Human Capital Increases in an Aging Population and Implications for U.S. Research Investment», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104, núm. 26 (26 de junio de 2007), pp. 10802-10807.

[21] Véase Comisión Europea, Dirección de Investigación, *Key Figures 2007 on Science, Technology and Innovation: Towards a European Knowledge Area*, Bruselas, Unión Europea, 11 de mayo de 2007, http://ec.europa.eu/invest-in-research/pdf/kf_2007_prepub_en.pdf (consultado el 16 de agosto de 2007). Según los cálculos de la Unión Europea, sus Estados miembros destinaron aproximadamente el 1,9% del PIB a I+D en 2005, frente al 2,6% en Estados Unidos y el 3,1% en Japón.

[22] Para algunos ejemplos de recientes estudios que abordan el análisis de la política sanitaria desde la perspectiva de minimizar los costes de las enfermedades, véanse Richard D. Miller Jr. y H. E. Frech III, *Health Care Matters: Pharmaceuticals, Obesity, and the Quality of Life*, Washington, AEI Press, 2004, y Robert L. Ohsfeldt y John E. Schneider, *The Business of Health: The Role of Competition Markets and Regulation*, Washington, AEI Press, 2006.

[23] Este texto, el último de una serie de tres artículos, procede de una versión revisada y aumentada específicamente por los autores para *Revista de Libros* de Nicholas Eberstadt y Hans Groth, *Europe's Coming Demographic Challenge: Unlocking the Value of Health*. © AEI, Washington, D.C., 2007. Todos los derechos reservados