

Una excelente hoja de ruta para explicar Economía del bienestar y protección social

(“El bienestar desigual” de G. López-Casasnovas, Editorial Península Atalaya, 2015, 345 páginas)

David Cantarero-Prieto

david.cantarero@unican.es

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria. Avda. de los Castros s/n 39005-Santander, España

Recibido: 27 de julio de 2016
Aceptado: 22 de septiembre de 2016

Resumen

Utilizando En estas últimas fechas han sido lanzadas al mercado distintas publicaciones acerca del Estado de Bienestar y su reforma que han venido siendo imprescindibles para entender su presente y futuro en los países desarrollados de nuestro entorno. No obstante, el libro “*El bienestar desigual: qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis*” de Guillem López-Casasnovas, es una de las contribuciones más relevantes en este campo y destaca frente a otras obras por la detallada revisión acerca de las posible políticas y sus efectos para conseguir un sistema de bienestar más eficiente y justo. En la presente reseña se analizan los principales elementos de esta obra, se plantean algunas opciones de uso docente y se debates las propuestas que son introducidas por el autor.

Palabras clave: Bienestar, beneficios sociales, sanidad, crisis.

Códigos JEL: I1, H7

1. INTRODUCCIÓN

Justificar los motivos económicos y fundamentos de la Economía del gasto social así como la evaluación de políticas públicas que afectan a una gran parte del presupuesto público resulta pues una labor fundamental. Y es que valorar la intervención del sector público especialmente en el caso de los gastos sociales e incluso de cómo se financian, en especial, a través de los impuestos (en ocasiones incluso de tipo finalista) es una labor de la que se ocupan asignaturas tanto de Grados en Economía como de otros afines (Administración de Empresas, Derecho, etc.) e incluso en cursos más avanzados (Máster oficiales, Títulos Propios, Cursos de Especialización, etc.). Por consiguiente, disponer de publicaciones de referencia en este sentido es de gran ayuda no sólo para avanzar en términos de investigación dado el gran peso económico que han adquirido las partidas presupuestarias relativas al Estado de Bienestar sino también ser elementos de referencia y consulta continua de cara a abordar el trabajo docente que se afronta diariamente en las universidades (Bain, 2006; Gallardo y Montolio, 2011; Brauer, 2013).

En este sentido, los sistemas sociales de provisión (pues quién financia no necesariamente va a coincidir con quien produce el servicio) comparados con los de otro tipo de bienes tienen históricamente un grado muy elevado de intervención pública. De todos modos, la gran mayoría de los bienes y servicios que constituyen dicho gasto (por ejemplo, pongamos por caso a la sanidad) son realmente bienes de naturaleza privada, ya que en ellos su consumo es rival (sus beneficios en cuanto a consumo pueden dividirse entre los agentes implicados) y se les aplica el principio de exclusión (técnicamente se les puede aplicar un precio unitario, excepto a servicios concretos como la investigación o Salud pública). Ambas características hacen de servicios como el sanitaria el que pudiese ser comercializable e incluso producido privadamente aunque, por diversos motivos que explicaremos posteriormente y que en la obra del profesor López-Casasnovas también se detalla, en la mayoría de países desarrollados de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) se financia y produce principalmente por el sector público. Asimismo, en el caso de la sanidad, y a diferencia de otros servicios como puede ser el educativo, realmente tanto el progreso tecnológico como las innovaciones terapéuticas incrementa exponencialmente las opciones de tratamiento (con el problema de que una vez se incorpora a la cartera de servicios una nueva prestación sanitaria ya no se quiere desinvertir en ella en el futuro dado su alto coste político) y con ello el coste real de un servicio como el sanitario que además es uno de los pilares básicos de los modernos Estados del Bienestar.

En este sentido, una de las mejores explicaciones de esta importante presencia pública en la sanidad descansa en la adopción de un análisis específico del sector desde una perspectiva puramente normativa (Economía del Bienestar). Es decir, debería así fundamentarse en la adopción de juicios de valor (teóricos) que siempre suponen un “campo de batalla” ideológico y social. Así, la intervención estatal tendría como objetivo aumentar el bienestar social en aquellos casos en los que no se cumplían alguna de las hipótesis que hacen óptima la asignación de recursos del “libre mercado” (donde operan oferta y demanda).

Nos hallamos pues ante servicios sanitarios de consumo rival (la apropiación individual de un servicio hace que nadie más pueda disfrutarla) o, lo que es lo mismo, que generan importantes efectos externos (impactos económicos positivos/negativos reales que no se reflejan necesariamente en los precios pero generan a su vez variaciones en los niveles de bienestar de los agentes) sobre otros agentes distintos de los que deciden finalmente consumirlos (por ejemplo, fijémonos lo que sucede en el caso de las vacunas). Igualmente, a través de la intervención pública se evitan situaciones de monopolio u oligopolio (concentración del poder de mercado en sólo uno o pocos oferentes lo que les haría influir en los precios) que podrían generar a su vez nuevas inequidades (por ejemplo, en el acceso a medicamentos o terapias innovadoras). La importante presencia pública en el terreno sanitario haría pues que la información sobre la calidad y características de los bienes y servicios ahí intercambiados se distribuyese simétricamente entre todos los consumidores y productores presentes en ese mercado para evitar situaciones indeseables en términos informativos (información asimétrica).

En síntesis, siempre que se produzcan fallos del mercado de servicios asociados al bienestar (no sólo en el caso de la sanidad) podrían a su vez justificarse intervenciones públicas en la asignación que los corrija tanto en forma de provisión (financiación del servicio sanitario pero no necesariamente coincidente con el agente que lo produce) planificada directa como de intervención indirecta a través de regulaciones y normativas. Así pues, siguiendo la estela de uno de los máximos expertos en gasto social a nivel internacional como es Guillem López-Casasnovas, hay que abandonar esa idea permanente de que “todo va mal” y poner en valor lo que hemos conseguido. Y es que cuestionarnos el futuro de los derechos y beneficios

sociales dentro del Estado de Bienestar supondría dudar de nuestro mismo modo de vida que hemos heredado de nuestros padres y madres.

En este escenario, el principal objetivo del trabajo es explicar algunas enseñanzas del libro de Guillem López-Casasnovas, G. (2015). *El bienestar desigual: qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis*. Dicha obra se estructura en once capítulos que obedecen a un recorrido tanto histórico de nuestro Estado de Bienestar general (para centrarse luego en la sanidad) como de su génesis, descentralización, financiación, cambios demográficos y generacionales y agenda de reformas hacia un bienestar mucho más igualitario que el actual. Por consiguiente, ese será el orden que utilizaremos en nuestro diagnóstico de la mencionada obra discutiendo así las conclusiones de muchas de las propuestas que ahí se plantean así como su viabilidad.

2. EL ESTADO DEL BIENESTAR Y LA SANIDAD COMO PILAR DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El primer capítulo del libro comienza situando el marco de análisis en cómo se han configurado los Estados de Bienestar hasta tal y como los conocemos en la actualidad dónde la idea de “que lo pague el siguiente” parece estar aún demasiado extendida aunque “nada es gratis”. Tal y como afirma el profesor López-Casasnovas sigue estando bastante complicado tener prestaciones generosas “a lo nórdico” combinadas con impuestos “a lo mediterráneo” que llevan implícita cierta elusión fiscal e incluso fraude y economía sumergida que inexplicablemente cuentan aún con cierta aceptación social. Para reafirmar esta idea en las primeras 25 páginas del libro tiene también espacio para realizar una comparativa internacional que ayuda a deshacer ciertas equivocaciones en cuanto a la cuantificación del gasto social y sus correspondientes fuentes de financiación pues al final se observan dos cosas.

La primera alude a que no “más” es siempre mejor pues sólo así se entiende que España tenga más gasto social en relación al PIB que Noruega debido a nuestras altas prestaciones sociales (incluido el subsidio de desempleo) y nuestro menor PIB relativo. La segunda se refiere a que es la fiscalidad indirecta la que ha ganado cierto peso relativo con el inconveniente de que con más impuestos indirectos sobre el consumo (IVA, impuestos especiales) la regresividad iría en aumento (pues son soportados en mayor medida, según su renta, por aquellos grupos sociales menos favorecidos).

Así, en este contexto la sanidad es uno de los pilares fundamentales de nuestro sistema de protección social. Por ello, el derecho a la protección de la salud aparece recogido en la Constitución Española (CE) de 1978 habiéndose a su vez consolidado junto con el cambio desde un modelo de Seguridad Social (SS) al actual Sistema Nacional de Salud (SNS, desde la Ley General de Sanidad-LGS de 1986) descentralizado ya desde el año 2002 (excepto en Ceuta y Melilla). Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, sigue siendo el marco legal que tenía como objeto garantizar la coordinación y cooperación de los distintos Servicios Regionales de Salud (SRS) mientras que la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, marcó las directrices en cuanto a prevención que luego fueron ciertamente modificadas por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Hasta la fecha se han venido produciendo diversas reformas tanto en la financiación autonómica general como en la sanitaria (Fundación BBVA e IVIE, 2015; López-Casasnovas y López Valcarcel, 2016; Monés, Balletbo y de la Fuente, 2016). En lo que se refiere a este última, se aprobó ya hace 15 años tras una ardua negociación un sistema que sirvió como justificación al proceso para integrar a la financiación de las competencias sanitarias de las diez Comunidades Autónomas (CCAA) que en ese año carecían de ellas, tras ser ratificado por la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, en las Cortes Generales.

El caso es que como se señala en el capítulo segundo del libro considerar cómo ajustar la financiación del gasto en sanidad no es sencillo dado que nos encontramos con que en ese sector la oferta (dónde el médico tiene una labor fundamental y la innovación tecnológica es una de las mayores fuentes de aumento del gasto) es la que suele condicionar la demanda todo ello entendido desde una perspectiva de “caja sanitaria” (Busse, Schreyogg y Gericke, 2007) que delimitaría cobertura poblacional y de servicios así como protección del sistema público (y por exclusión que quedaría a merced de posibles copagos “evitables o no”).

Y es que en el caso de nuestro país en un contexto de contención de un gasto sanitario (Conde Ruiz et al, 2016) siempre afectado por componentes multifactoriales el modelo de financiación introdujo ajustes por necesidad al criterio per cápita simple sobre la base de otras variables. Básicamente, éstas eran la población mayor de 65 años e insularidad además de otros ajustes menores sobre la base de asignaciones de nivelación y fondo “de cohesión” para pacientes desplazados. Y es que, a pesar de suponer un claro avance ese ejercicio de “capitación ajustada” (pagar por paciente y ajustar según características de edad, sexo, grupo social, riesgo en su salud, etc.), aún queda lejos de lo que sucede en otros países de nuestro entorno donde existen diversos grados de refinamiento de estos modelos de capitación, por ejemplo, introduciendo diferentes categorías individuales según la edad y el sexo (Urbanos, 2001) aunque condicionadas por la calidad y cantidad de información disponible en cada país.

Cuestiones interesantes aparecen luego en capítulos como el tercero o el cuarto donde se abordan tanto la genética (donde se diferencian la parte normativa de lo que “debería ser”, donde las teorías fijan las reglas de juego, de la parte positiva de “lo que es” donde los datos son los que determinan la bondad de las políticas implementadas ex ante y ex post) como la asignación de recursos y prioridades en los sistemas públicos de bienestar y en especial para el caso de la sanidad. El referente de esas páginas no es otro que el hecho de que los problemas presupuestarios se han venido reproduciendo como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de los ingresos y gastos autonómicos, circunstancia ésta última que resulta importante en el caso de la sanidad, y su elevado endeudamiento.

A todo lo anterior, habría que añadir que en este caso la evaluación económica y sus diferentes técnicas utilizando como medida de consenso en el análisis a los Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVACs) tal y como señala el profesor Lopez-Casasnovas difícilmente han llegado a ponerse en práctica. Resaltamos esto pues esa falta de mayor consideración de la evaluación económica en la toma de decisiones nos diferencia de lo que hacen países de nuestro entorno con organismos como el Instituto Nacional británico para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), circunstancia ésta que ha venido siendo planteada en repetidas ocasiones por muchos economistas de la salud (Cantarero y Oliva, 2016).

Por ello, según lo anterior con esta obra del profesor López-Casasnovas podría pedírsele a los estudiantes que bien realizasen ejercicios de revisión de la literatura de cuáles son dichas técnicas de evaluación económica y cuáles serían las ventajas e inconvenientes al intentar aplicarlas a países como el nuestro. Eso mismo podría complementarse con estudios de casos simulando

por ejemplo cambios en copagos o el efecto presupuestario de la innovación y cambio tecnológico en gastos de tipo sanitario, educativo o de dependencia. Esto último añadiría un importante componente pedagógico tras la lectura del libro de López-Casasnovas, pues podrían analizarse los límites de los modelos actuales de microsimulación en políticas públicas y sociales.

3. DESCENTRALIZACIÓN, FINANCIACIÓN Y CRISIS

Buenos capítulos como los 5 al 8 del libro pueden ser aprovechados en actividades docentes para analizar de dónde venimos y hacia dónde vamos. En este sentido, la descentralización sanitaria en nuestro país no parece haber ido acompañada siempre de mecanismos efectivos de coordinación (en recursos humanos, evaluación de tecnologías sanitarias, información sanitaria, sistemas informáticos, políticas de salud pública, etc.) que garanticen un nivel mínimo de igualdad en todo el SNS. Por eso, se han venido dando diferencias entre CCAA en términos de insuficiencia que difícilmente responden a factores claramente identificados en términos de eficiencia o circunstancias similares.

Esto último es un elemento importante a tener en cuenta dado que el sistema sanitario español debería ser capaz en contextos de descentralización de “segunda generación”, como señala el profesor López-Casasnovas en el capítulo 6, de combinar en todo su territorio la aceptabilidad de ciertas diferencias entre SRS con la consecución de objetivos de equidad mejorando así el nivel bienestar social general. Y es que cuesta hallar argumentos sólidos que sostengan que haya que centralizar la organización de todo un sistema sanitario como nuestro SNS en un único responsable. Así, es necesario contar con información precisa que posibilite delimitar de manera adecuada las responsabilidades en dichas diferencias entre niveles central y autonómico e intentar, en cierto sentido, entenderlas.

Lejos quedan ya aquellos Informes del Grupo de Trabajo del Análisis del Gasto Sanitario de la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) o medidas de carácter temporal, si bien con escasa relación con la corresponsabilidad fiscal, para la mejora de la financiación del gasto sanitario regional que eran habituales décadas atrás.

Y es que las diferencias en la ordenación de CCAA según su situación de partida, incremento en cantidad y calidad de prestaciones, coste de factores productivos, niveles de acceso y utilización, indicadores de salud (patrones de morbimortalidad) o expectativas y actitudes ciudadanas no coinciden con la ordenación de CCAA según criterios de gasto (o financiación) en sanidad. A su vez, tampoco coinciden con el resultado de fórmulas sofisticadas de asignación descentralizada de recursos empleadas en otros países de la experiencia comparada. Por tanto, las diferencias en los niveles de gasto público (y su financiación con baja corresponsabilidad fiscal regional) en sanidad (por ejemplo, medido dicho gasto en términos per cápita) no deberían ser empleadas (entendido esto de manera normativa) como indicadores de equidad territorial. Y es que dicho tipo de equidad es más bien un concepto más teórico que contrastable en base a la evidencia empírica.

Por otro lado, muchas CCAA siguen poniendo en cuestión la autonomía y corresponsabilidad del actual sistema de financiación, demandando para ellas mismas más capacidad de gobierno tanto en competencias como en financiación. Más volumen de recursos para las CCAA., más autonomía y una mayor corresponsabilidad son las principales demandas que impulsan estos nuevos aires de reforma. Y es que la tendencia en la futura reforma del

sistema probablemente supondrá incrementos en la capacidad normativa sobre tributos cedidos y, por ende, mayores avances en la corresponsabilidad fiscal de las CCAA sin perder de lejos como se plantea en el libro que estamos analizando al papel que podrían jugar en el futuro los copagos o impuestos sobre ciertos estilos de vida (fat tax o impuesto sobre las grasas o el impuesto sobre bebidas excesivamente azucaradas).

Mención especial cabe hacer también del capítulo 8 en donde se aborda que “no es oro todo lo que reluce” en nuestro Estado de Bienestar citando como caso expreso el de la cobertura del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a fin de ayudar a aquellas personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. En el capítulo mencionado se habla de previsiones incumplidas acerca del debate sobre cuál es el desarrollo real del SAAD y el número de dichos dependientes que esperan ser atendidos, especialmente en el caso de los dependientes “moderados” (o grado I).

La cuestión es que incluso en los países nórdicos la participación del beneficiario en cierta parte del coste de la atención es lo habitual mientras que la universalidad es en el acceso a las prestaciones. Separar ideología de criterios técnicos es complejo y el propio nacimiento del SAAD no fue el ideal. Positivo fue la creación de este “Cuarto pilar del Estado del Bienestar” tras las pensiones, sanidad y educación, pero el SAAD se diseñó rápidamente debido a una necesidad estratégica (consolidar un modelo “social” a partir de lo ya existente: centros de día, residencias, tele asistencia, asistencia a domicilio y atención informal por familiares) y situación económica concreta (todos queríamos elevar nuestros parámetros del bienestar) aunque las autonomías pronto se encontraron con un SAAD sin contar con todos los recursos financieros que precisaban.

Ante eso, la dependencia sigue siendo el último programa social en recibir recursos en nuestro sistema de protección social quizás por esa creencia de que como “miembro más joven” de esa “familia” o modelo de bienestar social que tenemos se le considere como el “benjamín”. Así, el SAAD viene otorgando beneficios para personas con gran dependencia pues tuvo que retrasar la cobertura hacia dependientes “moderados” de 2013 a mediados de 2015.

Y es que dichos tiempos de espera pueden verse afectados tanto por restricciones para conceder prestaciones como por el grado de eficiencia en su gestión y la realidad del acceso al SAAD y sus listas de espera es dispar según donde uno viva.

En todo caso, es algo real el sesgo en el sistema hacia las prestaciones por cuidados dentro de la familia como “cuidados informales” a fin de afrontar de manera discrecional las necesidades derivadas del envejecimiento. Por ello, son las autonomías las que tienen que especialmente conllevar la gran responsabilidad financiera del SAAD y sus necesidades lo que ha derivado en diferentes regímenes de copago.

Asumiendo pues la bondad de tener un sistema con esos fines sociales parte de su problemática se resolvería si se aumentase su financiación y monitorizase su gasto. Esto no será sencillo si además ha de competir al obtener recursos con otros gastos de alta “sensibilidad social” como pensiones o sanidad en un contexto donde se echan en falta más encuestas de satisfacción y calidad relativas al SAAD y listas de espera.

Lopez-Casasnovas finaliza ese capítulo octavo planteando como propuesta la necesidad de “resetear” el sistema para garantizar un mínimo de atención para todo ciudadano y asegurar su coherencia entre regiones. Ello además ha de entenderse también desde la óptica de nuevas fórmulas de aseguramiento ya que el sistema debería ser neutral respecto a las decisiones para afrontar la vejez y no penalizar el ahorro. En este sentido, más allá de cifras, es necesario introducir en el debate social cómo financiar todo nuevo gasto redistributivo que se proponga.

4. A MODO DE CONCLUSIONES: DECLIVE DEMOGRÁFICO Y REFORMAS HACIA UN BIENESTAR MÁS IGUALITARIO

Las principales aportaciones del libro objeto de esta recensión, tanto en formato investigador como docente, se encuentran en los capítulos finales 9 al 11 y en el Epílogo. Las preguntas acerca de la “bala de plata” del envejecimiento y ¿qué futuro nos espera? son abordadas valiente y magistralmente por el profesor López-Casasnovas. La cuestión es clara se necesitan criterios explícitos a fin de no sobrepasar el límite o umbral acerca de cuánto puede extraer el gobierno a los jóvenes para acomodar los intereses de los mayores. Propuestas frescas y atrevidas como la creación de una Agencia transversal para garantizar el bienestar intergeneracional y emular así las mejores prácticas (*benchmarking*) incluso en la sanidad como banco de pruebas de nuestro sistema de protección social deberían estar debatiéndose actualmente. Y el hecho de que las varianzas, las diferencias, los peores escenarios, y no las medias, debiesen guiar el día a día de nuestras políticas sociales es algo que, junto a un gran pacto por ejemplo en sanidad, falta en nuestro Estado de Bienestar.

La cuestión es que desde hace tiempo padecemos de graves pérdidas de población y la que se queda aquí vivirá muchos más años según nos muestran las últimas estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE.es). Así, la población residente disminuyó en 11.142 personas durante 2015 y se situó en 46.438.442 habitantes a 1 de enero de 2016. Además, durante 2015 España registró un saldo migratorio negativo de 8.389 personas (españoles y extranjeros) por lo que la inmigración aumentó un 12,5% y la emigración bajó un 12,1% respecto al año anterior. Por consiguiente, el número de habitantes creció en Illes Balears, Madrid, Canarias, Murcia, Navarra, Cataluña y Andalucía pero disminuyó en el resto de comunidades.

Por tanto, tal y como se señala en la última parte del libro del cual es objeto de esta recensión, el fenómeno del "envejecimiento del envejecimiento (mayor porcentaje población de edad avanzada dentro de la mayor a 65 años)” a nivel demográfico puede identificarse con cierta “involución poblacional” pero afecta ya a nuestra capacidad de financiación de muchos gastos sociales que son analizados en el libro del profesor López-Casasnovas (pensiones, sanidad, dependencia, etc.). Asimismo, el alto déficit y deuda del sector público (98,99% del PIB en España o lo que es lo mismo ya 1.088.738 millones de euros o en términos de deuda per cápita unos 23.188€ habiendo crecido en este último año unos 1.050€ por habitante según el Banco de España) nos hace ser menos autónomos y no depender ya de nosotros mismos.

Dicho desequilibrio financiero tanto vertical como horizontal desde una perspectiva de federalismo fiscal, entendido como el marco dónde se determinan las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno, continuará determinando la evolución de nuestro gasto público regional en el terreno social-sanitario, pudiendo ralentizar a su vez las tasas de crecimiento potencial de nuestra economía en estos próximos años.

Este declive demográfico se constata por el hecho de que España es según *Eurostat* (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/statistics-illustrated>) el país europeo que más población ha perdido en estos últimos años, siendo sus causas principales tanto la emigración por la crisis como la falta de dinamismo y oportunidades en un mercado laboral aún demasiado anclado en el pasado. En esa misma línea, esta variación residencial negativa tiene como agravante el efecto de pérdida de "capital humano" por dichos emigrantes bien porque en el lugar de destino encuentren un trabajo que en origen no sea operativo, que allí les abonen salarios más elevados o tengan mejores condiciones laborales y de conciliación, más trabajo de su sector e incluso más opciones a ascender. El caso es que mes a mes aquí nos caracterizamos porque gran parte de nuestras ofertas laborales son de tipo temporal y provisional cuando en realidad deberíamos perseguir metas como las que acertadamente el profesor López-Casasnovas plantea en su libro: ocupaciones dignas y con retribuciones adecuadas por los niveles de trabajo, responsabilidad y productividad.

En definitiva, al seguir produciéndose crecimientos vegetativos negativos (nace menos gente y aumentan las tasas de mortalidad) ello provoca un menor "relevo generacional" pasando de ser territorios "receptores" de inmigrantes a "emisores" de población al exterior.

Es necesario pues un redireccionamiento de responsabilidades individuales y colectivas acerca de cómo va a balancearse entre generaciones el pago entonces de dicho "gasto social". La respuesta está ahí en el libro del profesor López-Casasnovas: cada acción expansiva de gasto tiene un coste que ha de entenderse desde la perspectiva del difícil equilibrio de equidad intergeneracional que viene condicionado por una estructura demográfica en forma de pirámide invertida (muchas más personas mayores que jóvenes) que nos espera según las principales previsiones del INE y expertos en la materia.

Buscar nuevas alternativas y afrontar el problema es ya una necesidad. En este contexto, cabe recordar que en el sistema de financiación autonómica actual el indicador de la necesidad de gasto sigue siendo la población ajustada aunque ello no responde a un estudio riguroso de necesidades (como se ha realizado Australia a través de su Commonwealth Grants Commission: <https://cgc.gov.au/>), sino a unas ponderaciones que deberían, por ejemplo, revisar mejor la incidencia que el volumen de población mayor de 65 años tiene sobre el coste final de prestación de los servicios públicos pues ignora el peso del sector privado en su provisión y el consiguiente efecto en los costes que se deriva de la disminución de usuarios de esos servicios. Asimismo, el número de personas dependientes o que padecen enfermedades crónicas podrían servir para aproximar, aún más, el gasto real de carácter social a nivel regional.

Por consiguiente, desde un punto de vista pedagógico, investigador y divulgativo el libro del profesor Guillem López-Casasnovas constituye un trabajo brillante y excelente pues aboga por periódicamente revisar el sistema de protección social en un marco económico más estable y solvente que el actual aportando propuestas realistas y cuantificables que superan así las visiones menos realistas de otras publicaciones más convencionales que planteaban quizás las cosas demasiado desde el pasado.

La discusión está servida pues entorno a las propuestas finales del manual que ha sido objeto de esta recesión. Y a efectos de tener en cuenta este libro para los procesos formativos universitarios además de lo ya mencionado cabría añadir que lo estudiantes podrían analizar que más podría hacerse entorno a planes estratégicos de envejecimiento activo y saludable que

se combinen desde la parte limitada que el sector público pueda actuar así como el impacto económico que ello podría tener.

Incluso a partir de la lectura de algunos capítulos de un manual como éste del profesor López-Casasnovas, a partir de la obtención de datos estadísticos actuales, se les podría plantear ejercicios de cómo estimar el efecto “túnel” por el cual las regiones “jóvenes” y de bajo declive demográfico vienen creciendo más (es decir, cuantificar ese gap y sus implicaciones). Ello podría a su vez ligarse con supuestos de aprendizaje o estudios de casos simulando ponerse en el lugar de una autonomía ante posibles ganancias en la próxima reforma del sistema de financiación autonómica o efectos económicos del cambio demográfico sobre su partida presupuestaria de gastos sanitarios, educativos o de dependencia.

Agradecimientos

El autor agradece los comentarios de un evaluador anónimo y de los editores de la revista.

REFERENCIAS

- Bain, K. (2006). *Lo que hacen los mejores profesores de universidad*. Valencia: Universitat de València.
- Brauer, M. (2013). *Enseñar en la universidad: consejos prácticos, destrezas y métodos pedagógicos*. Madrid: Pirámide.
- Busse R, Schreyogg, J., y Gericke, C. (2007). “Analyzing changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries”, *HNP discussion paper, World Bank*, Washington, DC.
- Cantarero, D., y Oliva, J. (2016). “Economía de la salud: herramientas para la evaluación de programas y políticas públicas”, *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, 6: 1-8.
- Conde Ruiz, J.I., Diaz, M., Marin, C., Rubio-Ramirez, J. (2016). “Sanidad, Educación y Protección Social: Recortes durante la crisis”, *Estudios sobre la Economía Española-2016/17*, Observatorio Fiscal y Financiero de las CCAA.
- Fundación BBVA e IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) (2015). *Gasto en los servicios públicos fundamentales en España y sus comunidades autónomas (2002-2013)*. Base de datos disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/areas/econosoc/bbdd/gastos_servicios_publicos_comunidades.jsp
- Gallardo, E. G., y Montolio, D. (2011). « ¿ Existe relación entre la evaluación continua y los resultados de los alumnos? », *Revista electrónica sobre la enseñanza de la Economía Pública (e-publica)*, 8: 63-79.
- López-Casasnovas, G. (2015). *El bienestar desigual : qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis*. Barcelona: Ediciones Península Atalaya.

López-Casasnovas, G., y López Valcarcel, B. (2016). “El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer”, *Papeles de Economía Española*, 147: 190-211.

Ministerio de Hacienda (varios años): *Financiación de las Comunidades Autónomas por los Impuestos Cedidos, Fondo de Suficiencia y Garantía de Financiación de los Servicios de Asistencia Sanitaria*.

Ministerio de Hacienda (varios años): *Liquidación de los recursos del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y de las participaciones en los fondos de convergencia autonómica, regulados en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre*.

Mones, M.A., Balletbo, A. y De la Fuente, A. (2016). “Elementos para un nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas. Discusión y conclusiones”, *FEDEA Policy Papers-2016/09*.

Urbanos, R. (2001). “La financiación sanitaria en los países de nuestro entorno”. *Revista de Administración Sanitaria*, V(18): 95-106.

An excellent guide to explain Welfare and Social Protection Economics

Abstract

During the last years, several publications about the welfare state and its reforms have been released and they have come to be basic to understand the present and future of the in developed countries. However, the book "Unequal welfare: what remains of rights and social benefits after the crisis" by Guillem López- Casasnovas is one of the most important contributions in this field of interest. It stands out from other works by the detailed review about the possible policies and their effects for a welfare system to be more efficient and fair. In this paper the main elements of this book are analyzed, some possible teaching examples are suggested and the proposals that are introduced by the author are discussed.

Key words: Welfare, Social benefits, health, crisis.

JEL Codes: I1, H7