



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Universidad de León

Grado en Economía

Curso 2016/2017

**EL SISTEMA SANITARIO EN UN ESTADO DE BIENESTAR
MEDITERRÁNEO: EL CASO DE ESPAÑA**

**THE HEALTHCARE SYSTEM IN A MEDITERRANEAN WELFARE STATE:
THE CASE OF SPAIN**

Realizado por la alumna **Dña. Sonia Fernández Mata**

Tutelado por el Profesor **D. Luis Buendía García**

León, diciembre de 2016

Agradecimientos

A mi tutor Luis, por su disposición, trato recibido y ayuda prestada durante la elección, desarrollo y realización del trabajo.

A Esteban y María del Mar, mis padres, por su apoyo, capacidad de superación, constancia y esfuerzo durante esta etapa.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETO DEL TRABAJO	7
3.	METODOLOGÍA	7
PARTE I		
4.	PRECEDENTES Y SURGIMIENTO DEL CONCEPTO DE ESTADO DE BIENESTAR	9
4.1.	De las políticas redistributivas al Estado de bienestar.....	10
4.2.	Teorías sobre el origen de los estados de bienestar.....	12
5.	LOS TRES MODELOS DE ESTADO DE BIENESTAR.....	15
6.	CAMBIOS EN EL ESTADO DE BIENESTAR	19
6.1.	Problemas conceptuales y metodológicos en el análisis del cambio del Estado de bienestar	19
6.2.	Los resultados de los distintos tipos de regímenes y de los diferentes tipos de políticas. 21	
6.3.	Los nuevos desafíos del Estado de bienestar: nuevos riesgos sociales y globalización... 22	
6.4.	Incertidumbre sobre el futuro del Estado de bienestar	23
PARTE II		
7.	EL MODELO DE ESTADO DE BIENESTAR MEDITERRÁNEO	25
7.1.	Principales características del Modelo Mediterráneo.....	26
7.2.	El Estado de bienestar español	29
7.2.1.	<i>Etapas del desarrollo del Estado de bienestar español</i>	<i>29</i>
PARTE III		
8.	EL SECTOR DE LA SANIDAD Y LOS TIPOS DE SISTEMAS SANITARIOS	36
9.	ANTECEDENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA.....	40
10.	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA.....	43
10.1.	Estructura organizativa. La descentralización.....	44
10.2.	Cobertura sanitaria. La universalización.....	48
10.3.	Financiación de la sanidad pública.....	51
10.3.1.	<i>El copago sanitario</i>	<i>52</i>
10.4.	El gasto público sanitario	55
10.4.1.	<i>Clasificación económica del gasto sanitario público.</i>	<i>56</i>
10.4.2.	<i>Clasificación funcional del gasto sanitario público.....</i>	<i>58</i>
10.4.3.	<i>Clasificación sectorial del gasto sanitario público.....</i>	<i>59</i>
10.5.	Evaluación del sistema sanitario español	61
10.5.1.	<i>Evaluación por parte de los ciudadanos.....</i>	<i>61</i>
10.5.2.	<i>Evaluación por parte de la literatura especializada.....</i>	<i>63</i>
11.	LA CRISIS Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	64

11.1. Breve comparación de los países de la Europa mediterránea durante la crisis.	68
---	----

PARTE IV

12. CONCLUSIONES	70
13. REFERENCIAS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1. Modelos de Estado de bienestar e indicadores de política de bienestar	16
Tabla 5.2. Características principales de los regímenes de bienestar	18
Tabla 7.1: Etapas, procesos de desarrollo y efectos del Estado de bienestar español.	30
Tabla 8.1. Características de los diferentes tipos de sistemas sanitarios	40
Tabla 10.1. Asegurados y Beneficiarios.....	49
Tabla 10.2. Cobertura sanitaria según diferentes casos personales.....	50
Tabla 10.3. Evolución del copago farmacéutico en España (1966-actualidad).....	52
Tabla 10.4. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación económica. (Millones de euros) (2010-2014)	57
Tabla 10.5. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación funcional. (Millones de euros) (2010-2014).....	59
Tabla 10.6. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación sectorial. (Millones de euros) (2010-2014)	60
Tabla 11. Relación entre el gasto sanitario público y la población residente en España con 65 años o más.	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 8.1. Relación entre modelos de Estado de bienestar, sistemas sanitarios y países que los conforman	38
Figura 10.1. Niveles organizativos generales del sistema sanitario español.....	45
Figura 10.2. Cronología de la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 10.1. Evolución del gasto sanitario (% del PIB) (2000-2015)	56
Gráfico 10.2. Porcentajes de las partidas más importantes de gasto sanitario público (2014)....	58
Gráfico 10.3. Porcentajes de las partidas más importantes respecto al tipo de asistencia prestada (2014).....	58
Gráfico 10.4. Porcentajes de las partidas más importantes respecto a los sectores de gasto público (2014).....	60

Gráfico 10.5. Valoración de la atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y servicios de urgencia (%).	62
Gráfico 10.6. Elección de servicio sanitario público o privado dependiendo de determinadas características (%).	63
Gráfico 11. Comparación entre el gasto sanitario público deflactado y la población con 65 años o más....	67
Gráfico 11.1 Gasto sanitario público (% PIB) en la Europa mediterránea.	68
Gráfico 11.2. Gasto sanitario público (% gasto sanitario total) en la Europa mediterránea.	69

RESUMEN/ABSTRACT

En el presente trabajo se da una visión de la situación actual de la sanidad pública española. El Sistema Nacional de Salud es una de las cuestiones claves en el campo de la Economía Pública y a su vez del modelo de Estado de bienestar vigente en España. En la primera parte, se hace una aproximación al surgimiento y a los acontecimientos que precedieron la constitución de los estados de bienestar, así como a los modelos y cambios que se estiman oportunos para ahondar más adelante, en la parte II, en el Estado de bienestar español. El Estado de bienestar español está dentro del modelo mediterráneo. Para los países que conforman este grupo mediterráneo, gran parte de su gasto social está destinado a las prestaciones sanitarias. En la tercera parte, se da una visión del Sistema Nacional de Salud en España. Primero se justifica la intervención pública en el mercado sanitario y se detalla la relación entre los tipos de sistemas sanitarios y los estados de bienestar. Adentrados ya en el caso español, se exponen una serie de características que definen la situación de la sanidad pública antes de 1986. Finalmente, se explica la actualidad sanitaria en materia de descentralización, universalidad, financiación y gasto.

Palabras clave: estados de bienestar, Estado de bienestar español, Sistema Nacional de Salud, sanidad.

The following paper is a vision of the current situation of the Spanish public health given. The National Health System is one of the key issues in the field of Public Economy and in turn the model of Welfare State in the force in Spain. In the first part, an approximation is made to the emergence and events that preceded the constitution of the Welfare States, as well as the models and changes that are considered opportune to delve further, in part two, in the Spanish Welfare State. The Spanish Welfare State is in the Mediterranean model. For the countries that make up this Mediterranean group, a large part of their social expenditure is earmarked for health benefits. In the third part, a vision in the national health system in Spain is given. First the public intervention in the health market is justified and the relation between the types of sanitary systems and the Welfare States is detailed. A series of characteristics that define the situation of public health are also presented before 1986. Finally, the current sanitary situation in terms of decentralization, universality, financing and expenditure is explained.

Keywords: Welfare States, Spanish Welfare State, National System of health, health service.

1. INTRODUCCIÓN

El Estado de bienestar¹ es uno de los logros más significativos de los Estados modernos por su capacidad de proteger a los ciudadanos contra la pobreza cuando se encuentran en situaciones de riesgo (como la enfermedad, el desempleo o la vejez), y de contribuir a corregir, en mayor o menor medida las fracturas sociales (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

En el ámbito de la Unión Europea, la atención sanitaria es uno de los pilares del Estado de bienestar junto con la educación, los servicios sociales y la atención a la dependencia. A su vez, constituye uno de los principales componentes del gasto social. La sanidad es también el segundo área social por el que muestran mayor interés los ciudadanos, situándose solo por detrás del mercado laboral.

El principal objetivo de los sistemas sanitarios públicos, debe de ser el de continuar funcionando para garantizar la protección sanitaria universal y como instrumento de cohesión social y territorial. El mercado puede contribuir a introducir mayor eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, pero siempre desde una perspectiva de complementariedad a los sistemas públicos, circunscritos al ámbito de la provisión de servicios sanitarios (y no de la financiación) y bajo una estricta regulación y supervisión pública (Moreno Fuentes, 2013).

En un contexto de globalización, durante la última década ha surgido la necesidad de profundizar en los importantes cambios que están experimentando los Estados de bienestar europeos, entre ellos el español. Muchos de estos cambios han sido impulsados por el estallido de la crisis. En España, la puesta en marcha de las políticas neoliberales, aunque con ritmos y énfasis diferentes según las comunidades, sigue varias pautas generales: aumentar las privatizaciones (Castilla La Mancha, Valencia, Baleares, Galicia y Madrid están en cabeza), desregular servicios sanitarios públicos (separando financiación de provisión y derivando servicios al sector privado), incentivar al sector privado dentro del sistema público (con la aprobación de fundaciones con la que los hospitales públicos contratan servicios privados), segmentar la asistencia sanitaria (con

¹ Entendemos Estado de bienestar como un conjunto institucional compuesto por diversas entidades sociales, organizativas y normativas, orientado hacia la consecución de tres objetivos: el pleno empleo, la seguridad económica (entendida como garantía de un cierto nivel de vida) y la reducción de las desigualdades (Buendía, 2011: 24)

un sector privado para las clases ricas y un sistema de beneficencia para los pobres), favorecer el aseguramiento privado (como las propuestas de desgravación fiscal de las pólizas de aseguramiento privado o de crear un seguro privado obligatorio para los ricos) y, finalmente, recortar el presupuesto público y establecer copagos (a veces llamados eufemísticamente *ticket moderador*).

2. OBJETO DEL TRABAJO

La finalidad de este trabajo es en último lugar ofrecer un análisis del Sistema Nacional de Salud español; por lo tanto, el objetivo principal será describir la situación actual del mismo en lo referente a sus características más importantes, como son su estructura, cobertura, financiación y partidas de gasto.

Como objetivos más específicos se presentan tres, cada uno de ellos abordado en una de las tres primeras partes del trabajo; la cuarta parte se reserva para presentar las principales conclusiones.

Primero se analiza el surgimiento del Estado de bienestar como concepto, así como sus diferentes modelos y cambios. En segundo lugar, se establece un acercamiento con el modelo de bienestar mediterráneo y más concretamente con el modelo español y sus etapas; esta parte tiene especial interés a la hora de poder lograr el objetivo principal, ya que la sanidad pública es uno de los pilares básicos de los estados de bienestar de la Europa mediterránea. En tercer lugar, se desarrolla el mercado sanitario, justificando la intervención pública en él y se da una visión de los diferentes sistemas sanitarios para poder clasificar al sistema de salud español dentro de los sistemas universalistas. También, se ha considerado pertinente revisar, para contextualizar y saber su proveniencia, los antecedentes que preceden al Sistema Nacional de Salud español instaurado con la Ley General de Salud de 1986. De igual modo, se ha estimado necesario dar una visión de cómo ha podido azotar la crisis, y en especial los recortes, a la sanidad pública en España.

3. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha realizado conforme al reglamento de Trabajos de Fin de Grado (TFG) dispuesto por la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de León.

Para la elaboración del trabajo, se llevó a cabo una labor de revisión, investigación y comprensión de la bibliografía existente en torno a los estados de bienestar, así como de estadísticas proporcionadas por Organismos Oficiales sobre el Sistema Nacional de Salud español. El uso de herramientas de búsqueda como *Google académico* ha facilitado la consecución de artículos académicos contrastados y citados en otros documentos previamente consultados. También se ha utilizado, pero en menor medida, *Dialnet*, la bibliografía física facilitada por el tutor y los recursos electrónicos de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de León.

En un primer momento, se realizó la búsqueda y selección de diferentes fuentes bibliográficas, donde se escogieron manuales, tesis e informes que sirvieron de gran ayuda durante el desarrollo y planificación del trabajo, tales como Del pino y Rubio Lara (2013), Buendía (2011) y Esping-Andersen (1993). Esta primera selección sirvió para profundizar en el concepto de Estado de bienestar y en sus diferentes modelos y cambios.

En segundo lugar, en lo que atañe a la selección de fuentes, para tratar el modelo de Estado de bienestar mediterráneo y en concreto el caso español, hay que destacar las aportaciones a la literatura realizadas por Rodríguez Cabrero. De este autor se han utilizado diferentes publicaciones en informes y libros.

Por último, para abordar el análisis del Sistema Nacional de Salud, se han utilizado, en su mayoría, informes y estadísticas realizados por distintos departamentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y por fundaciones como FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada) y el Servicio de Estudios Económicos del grupo BBVA. En este ámbito, también han sido consultados los trabajos de diferentes expertos en la materia como Moreno Fuentes (2013); Benach, Muntaner, Tarafa y Valverde (2012) y Guillén (2006).

En relación a la revisión bibliográfica, se presenta conforme a la normativa de la Asociación de Psicología Americana en su 6ª edición inglesa, 3ª Española APA (2014), revisado por la Universidad de Lima y cumpliendo con la normativa de realización de Trabajos de Fin de Grado.

PARTE I

4. PRECEDENTES Y SURGIMIENTO DEL CONCEPTO DE ESTADO DE BIENESTAR

En este apartado examinaremos los principales precedentes del Estado de bienestar, su surgimiento y evolución como concepto. En primer lugar, nos centramos en las aportaciones sobre el origen, el desarrollo y las críticas recibidas de los estados de bienestar. En segundo lugar, se establece una clasificación de las teorías sobre los orígenes del Estado de bienestar más habituales y reconocidas desde la década de los 70.

Durante el siglo XIX surgen las primeras propuestas que defendían el papel activo del Estado para la protección de carácter social. Estas primeras propuestas estaban influenciadas por el capitalismo industrial del momento y se pueden clasificar en dos grupos.

El primer grupo incluye la última etapa de Jeremy Bentham, quien percibe al Estado como una institución neutral. Admitía dos tipos de intervenciones públicas con el fin de, por una parte, estimular la economía en fases recesivas a través de un incremento del dinero en circulación y por otra parte, aceptaba la intervención para redistribuir recursos de los ricos a los pobres. Otro autor perteneciente a este primer grupo fue John Stuart Mill, el cual consideró que para compensar las situaciones de excesiva riqueza individual era necesario mejorar la vida de la población en general y a su vez, limitar el poder de monopolio de las grandes empresas.

Entre los autores del segundo grupo se encuentra John A. Hobson, quien defendió que las condiciones que proliferaban a finales del siglo XIX sobre el monopolio producían distribuciones de la renta que generaban subconsumo, lo que provocaba la intervención pública para distribuir rentas (Barr, 2004). En esta misma época Beatrice y Sidney Webb realizaron llamamientos para que el Estado garantizase lo que ellos llamaron *un mínimo de vida civilizada obligatoria* (Briggs, 1961, citado en Buendía, 2011). Según Briggs, la forma en que la escuela histórica alemana abordó la economía política propiciaba la introducción de políticas sociales.

La extensión del sufragio favoreció la adopción de ciertas políticas sociales que, aun siendo limitadas, supusieron un aliciente político. Aparte, las fluctuaciones económicas incitaban al intervencionismo estatal con el fin de amortiguar los efectos de los periodos

de recesión. De este modo, durante la década de 1880 se aprobaron los primeros programas de política social en Alemania. Este hecho marcó la introducción progresiva de los programas de seguridad social en otros países industrializados como claros antecedentes del Estado de bienestar.

En los años 30, al igual que en la Alemania de Bismarck, en Estados Unidos tuvo lugar la puesta en marcha de los primeros programas sociales aplicados por el *New Deal* de Roosevelt. Durante esta época, también se pusieron en marcha las medidas del partido socialdemócrata sueco, y las políticas sociales del Frente Popular francés de León Blum. De manera coetánea, surgió la formulación teórica elaborada por Keynes. En su *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* propuso la aplicación de programas expansivos de gasto público por el *efecto multiplicador* que tendrían en la economía (Gill, 2002 y Teixeira, 1997, citados en Buendía, 2011). A su vez, Skidelsky reconoce que la política social no era objeto de interés para Keynes, aun así realizó una innegable aportación teórica a la formación de los estados de bienestar al trazar el vínculo entre el desempleo y la insuficiencia de la demanda, defendiendo la intervención activa del gobierno para conseguir el pleno empleo. Con Keynes culminó una trayectoria de la teoría económica que había pasado de rechazar el intervencionismo con fines expansivos, a aceptar políticas públicas que justifican el papel del Estado como redistribuidor de la renta y como demandante (Buendía, 2011: 7).

4.1. De las políticas redistributivas al Estado de bienestar

Es complicado delimitar el concepto de Estado de bienestar. Aunque se ha utilizado con muchísima frecuencia desde los años cincuenta, cada autor lo ha definido en función de sus propios objetivos (Barr, 2004:6). Las propuestas conceptuales sobre el Estado de bienestar en las que nos vamos a centrar tratan principalmente sobre contenido, objetivos y los instrumentos utilizados para alcanzar dichos objetivos. Basándonos en las aportaciones de Flora y Heidenheimer, lo que entendemos hoy en día como Estado de bienestar lo introdujo el obispo de Canterbury en 1941, denominando *welfare state* a un tipo de intervención pública destinada a redistribuir la renta y mejorar las condiciones de vida de la población. Fue en los años 30 y 40 cuando adquirió pleno significado. Las prestaciones sociales se unieron al compromiso de la política económica con el pleno empleo.

En cuanto a los objetivos, el texto precursor fue el de Beveridge, en él se recogía la necesidad de que el Estado proporcionara unos ingresos básicos para garantizar las condiciones de vida en momentos de crisis. También consideraba necesario vincular la política social a la marcha de la economía para conseguir el pleno empleo, lo que muestra su complementariedad con las teorías de Keynes (Buendía, 2011: 8). Más tarde, Marshall acuñó el concepto de *derechos de ciudadanía social* en el que se englobaba “desde el derecho a la seguridad y a un mínimo bienestar económico al de compartir plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado conforme con los estándares predominantes de la sociedad” (Marshall, 1950, citado en Buendía, 2011).

Las aportaciones de Marshall y Beveridge ejercieron una notable influencia en los teóricos posteriores. Entre estos teóricos está Asa Briggs, cuya definición de Estado de bienestar es una de las más extendidas en la literatura especializada. La definición es la siguiente: “Un Estado de bienestar es un Estado en el que se ha utilizado de forma deliberada el poder organizado, a través de la política y de la administración, para modificar el juego de las fuerzas del mercado en, al menos, tres direcciones –primero, para garantizar a individuos y familias una renta mínima independiente del valor de mercado de su trabajo o de su propiedad; segundo, para reducir el alcance de la inseguridad y permitir que individuos y familias hagan frente a ciertas contingencias sociales (por ejemplo, enfermedad, vejez y desempleo) que, de otro modo, derivarán en crisis individuales o familiares; y tercero, para asegurar a todos los ciudadanos sin distinción de estatus o clase los mejores niveles disponibles en relación con una cierta variedad acordada de servicios sociales” (Briggs, 1961, citado en Buendía, 2011). En términos de objetivos Briggs se centra en la seguridad e igualdad, características que conforman “las dos dimensiones fundamentales del Estado de bienestar, el cual implica una responsabilidad estatal para asegurar unos mínimos básicos de protección social para sus ciudadanos” (Flora y Heidenheimer, 1981, citados en Buendía, 2011). También está presente como objetivo el de garantizar ciertos niveles de vida en condiciones de incertidumbre, y el de propiciar la reducción de las desigualdades en la definición de Barr (2004) cuando señala que “el Estado de bienestar es una institución que pretende mejorar el bienestar de los más débiles y vulnerables mediante la seguridad social; de los pobres, por medio de transferencias redistributivas de rentas, y de la población en general, creando prestaciones monetarias que garanticen cierto nivel de vida y contribuyan a la estabilidad económica y ofreciendo cobertura médica y educación”.

Con respecto a los instrumentos con los que han de conseguirse los objetivos anteriormente citados, también existe mucha pluralidad de posiciones entre los autores. Esta pluralidad está directamente relacionada con la existente a la hora de incluir unos u otros objetivos. Las instituciones que sostienen los derechos sociales de ciudadanía son, según Marshall: el sistema educativo, los servicios sociales y las prestaciones monetarias, vinculadas estas últimas al objetivo de la igualdad. Estas dos últimas instituciones, servicios sociales y prestaciones monetarias, son un punto clave también en la definición anteriormente citada de Briggs. Además, Ian Gough añade las subvenciones a ciertos tipos de bienes y servicios y la regulación de la vivienda. Por otro lado, Flora y Heidenheimer atribuyen importancia al sistema fiscal para alcanzar los objetivos propuestos, limitando el Estado de bienestar a tres grandes herramientas: el pago directo de prestaciones monetarias, la provisión directa de servicios en especie y la ampliación indirecta de prestaciones por medio de deducciones y créditos fiscales. De manera similar, Jessop se refiere a tres instrumentos: el seguro social (prestaciones monetarias en caso de interrupción del empleo), el sistema fiscal y financiero (transferencias, subsidios a la vivienda y desgravaciones fiscales) y el consumo colectivo (servicios).

Tras recoger las principales aportaciones de la literatura, es oportuno atribuirle al Estado de bienestar tres objetivos fundamentales: garantizar ciertas condiciones de vida al conjunto de la población, reducir los niveles de fuerte desigualdad y favorecer el pleno empleo. Por el lado de los instrumentos utilizados para la consecución de estos objetivos estarían las prestaciones monetarias, servicios sociales (destacando educación y sanidad), políticas laborales, regulación del mercado de trabajo y sistema fiscal, siendo necesario atender a las políticas económicas conexas con los objetivos e instrumentos señalados (Buendía, 2011: 11).

4.2. Teorías sobre el origen de los estados de bienestar

Las principales teorías explicativas de los orígenes del Estado de bienestar se pueden esquematizar en cuatro corrientes básicas: funcionalista, neo-marxista, enfoque de los recursos de poder y estatista.²

² Esta clasificación es defendida por Carrol, Ochando Claramunt y Therborn (Buendía, 2011: 11).

Enfoque funcionalista

El enfoque funcionalista también es conocido como *industrialista* ya que explica el surgimiento de las políticas sociales a partir de las necesidades generadas por la industrialización. La emigración y la urbanización desordenada de las ciudades industriales fueron las causas de nuevas necesidades sociales que ponían en riesgo la estabilidad social y el proceso de acumulación económica (Del Pino y Rubio Lara, 2013³). Harold Wilensky publicó en 1975 el trabajo más destacado en este ámbito bajo el título *The Welfare State and Equality*. En él afirma que los factores ideológicos-políticos “no aportan nada a los estados de bienestar” (Wilensky, 2008, citado en Buendía, 2011), considera que las variables claves son el crecimiento económico (“causa original del desarrollo del Estado de bienestar”) y el envejecimiento de la población.

Este enfoque ha recibido dos críticas importantes, la primera es que omite la influencia del factor político en el desarrollo de los estados de bienestar (Korpi, 1983, citado en Buendía, 2011). La segunda consiste en el exceso de agregación con que define el esfuerzo de bienestar, considerado como la variable dependiente, lo que implica que las diferencias institucionales pasen demasiado desapercibidas (Clasen y Siegel, 2007; Mishra, 1990, citados en Buendía, 2011).

En posteriores revisiones de su estudio, Wilensky sigue considerando que el crecimiento económico y la demografía son las claves explicativas del desarrollo del Estado de bienestar (Bonoli *et al.*, 2000, citado en Buendía, 2011).

Enfoque neo-marxista

El enfoque neo-marxista considera que el Estado de bienestar es el resultado de la necesidad que tiene el capital de garantizar la reproducción social sin dejar de ser nunca funcional a sus intereses (Buendía, 2011: 12). Bajo este enfoque se sitúan autores que defienden la aprobación de las políticas sociales, debidas al cumplimiento del objetivo de conseguir una población sana y cualificada para mejorar la productividad, o bien para no vulnerar la armonía social.

³ Las citas referidas a Del Pino y Rubio Lara (2013) no van acompañadas de la página del libro de donde se obtuvieron porque fue leído a través de la plataforma de la Universidad de León de préstamo e intercambio de libros GRIAL. En esta plataforma los libros leídos en formato EPUB no tienen insertado el número de página.

La principal crítica que ha recibido esta corriente es que los trabajos se mantienen en el terreno de la teoría más que en el análisis empírico. No han profundizado en la diversidad de los estados de bienestar, ni en la variedad de casos que presenta la economía mundial (Therborn, 1986, citado en Buendía, 2011).

Enfoque de los recursos de poder

El enfoque de los recursos de poder es útil para explicar el crecimiento del Estado de bienestar (Korpi, 1983, citado en Del Pino y Rubio Lara, 2013). Según este enfoque, el Estado de bienestar es el resultado del conflicto entre las clases sociales y, en particular, de la fortaleza de la clase trabajadora apoyada, especialmente, por los partidos socialdemócratas y los sindicatos (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

Este enfoque ha desempeñado un papel muy significativo como reacción a la corriente funcionalista y a los planteamientos teóricos de los neo-marxistas (Buendía, 2011: 12). Una de las principales críticas que recibe es que muchos de sus estudios dejan de lado el papel que desempeñan los servicios sociales y se ciñen a las prestaciones monetarias (Morel, 2006, citado en Buendía, 2011). Swenson realiza otra crítica, diciendo que este enfoque ignora el papel de los capitalistas en la construcción de los estados de bienestar, a pesar de que en ocasiones fueron promotores de su desarrollo (Korpi, 2006, citado en Buendía, 2011).

A su vez, el enfoque de los recursos de poder ofrece gran capacidad explicativa de las diferencias que presentan los distintos estados de bienestar y minimiza la importancia de la dinámica económica, razón por la que se ha criticado su menor capacidad para explicar la evolución de los sistemas de protección social en momentos de crisis, como sucedió a partir de la década de los setenta (Ochando, 2009, citado en Buendía, 2011).

Enfoque estatista

Según esta corriente, el Estado, la burocracia y la estructura sobre la que se construye el propio Estado, son los elementos más significativos a la hora de explicar la evolución de los estados de bienestar (Carrol, 1991, citado en Buendía, 2011). Hay que destacar, que más que un enfoque, su principal aportación consiste en la llamada de atención que formula hacia los aspectos internos de la organización estatal como parte de

las explicaciones más generales o como complemento de enfoques neo-institucionalistas (Huber y Stephens, 2011, citado en Buendía, 2011).

Como conclusión después de exponer estos cuatro enfoques, cabe destacar que la mayoría de ellas basan su explicación en condiciones socio-políticas y en elementos funcionales de la lógica de la acumulación. Por ello se puede considerar que la razón de ser del Estado de bienestar está relacionada con las conquistas de la clase trabajadora y las dinámicas de crecimiento económico (Buendía, 2011: 15).

Para algunos autores, los factores que sirvieron para explicar el surgimiento y expansión del Estado de bienestar entre 1890 y 1973, siguen siendo útiles para dar cuenta tanto de su estabilidad y resistencia ante las intenciones de reforma y recortes (1973-1995), como de su demostrada reforma, alguna vez consistente en recortes o cambios sustantivos. Por el contrario, Pierson y gran parte de la literatura a partir de este autor, han sostenido que son necesarios nuevos enfoques (Esping-Andersen, 1996, citado en Del Pino y Rubio Lara, 2013).

En relación con el surgimiento y el primer desarrollo de los estados de bienestar, las cuatro corrientes explicadas con anterioridad (funcionalista, neo-marxista, enfoque de los recursos de poder y estatista) han sido cuestionadas por su capacidad para explicar las reformas de los estados de bienestar en las últimas décadas (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

5. LOS TRES MODELOS DE ESTADO DE BIENESTAR

En este epígrafe se realiza una aproximación a la tipología de los regímenes de bienestar de Esping-Andersen (1993), lo que nos permitirá entender la diversidad de dichos regímenes. Esta clasificación, a pesar de no estar exenta de críticas, es la más utilizada por los investigadores para entender las diferencias del Estado de bienestar.

Los tres mundos del bienestar capitalista de Esping-Andersen han sido centrales para comprender que no todos los estados del bienestar son del mismo tipo, sino que cada uno de ellos se estructura según su propia estratificación, organización e integración social y que sus orígenes se deben a distintas causas históricas y siguen trayectorias de desarrollo diferentes (Esping-Andersen, 1993).

Desde que Esping-Andersen (1993) publicara su conocida obra sobre los regímenes del Estado de bienestar, muchos han sido los trabajos que se han basado en aquél para estudiarlos. Este trabajo resultó pionero porque ofrecía por primera vez una clasificación de los estados de bienestar utilizando para crear cada grupo diferentes criterios que medían el grado y variedad de protección social de cada uno de ellos (Gómez y Buendía, 2014: 9).

Esping-Andersen (1993) pone el acento en el equilibrio entre tres fuentes de provisión del bienestar: el mercado, la familia y el Estado, lo que le permite distinguir tres regímenes del bienestar.

Tabla 5.1. Modelos de Estado de bienestar e indicadores de política de bienestar

Elementos del Régimen e impactos	Conservador (Francia, Italia, España, Alemania, Austria, Bélgica, Japón y Portugal)	Liberal (EEUU, Irlanda, Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda)	Socialdemócrata (Países nórdicos)
Cobertura de la población	Ocupacional	Selectivo	Universal
Papel del mercado en el bienestar	Bajo	Alto	Bajo
Población objetivo	Empleado (hombre)	Los pobres	Todos los ciudadanos
Grado de desmercantilización	Medio	Bajo	Alto
Grado de desfamilización	Bajo	Bajo	Alto
Grado de remercantilización	Bajo	Medio	Alto
Redistribución de la renta	Bajo	Bajo	Alto
Reducción de la pobreza	Medio	Bajo	Alto

Fuente: Del Pino y Rubio Lara (2013).

Régimen liberal

En el régimen liberal, el Estado tiene un papel residual en la provisión del bienestar y predominan las prestaciones sociales de modesta cuantía. Estas prestaciones se obtienen si se cumplen estrictos criterios que reflejan el grado de necesidad. Esta situación obliga a los ciudadanos a ser más dependientes del mercado que en los otros regímenes (hay un

bajo nivel de desmercantilización⁴). Se les anima explícitamente, por medio de incentivos, a acudir a él para solucionar los problemas relacionados con la cobertura de los riesgos (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

Régimen conservador

En el modelo conservador (también llamado bismarckiano, continental o corporativista), el principio básico es el de asegurar los riesgos. La posibilidad de hacerlo depende del estatus laboral, en concreto de si se participa en el mercado laboral, por lo que el propio sistema tiende a avivar las diferencias de estatus. La familia y, en especial, el varón, como sustentador principal, y la mujer, como ama de casa, son los principales encargados del bienestar. Hay un nivel de desmercantilización moderado (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

Régimen socialdemócrata

Por último, el régimen socialdemócrata se caracteriza por que la desmercantilización y la universalización de los derechos sociales se extienden a todos los ciudadanos. Se trata de un régimen generoso, con buenos resultados en cuanto a la redistribución de la riqueza y la reducción de la pobreza. Igualmente se hace un esfuerzo activo de desfamilización⁵ y en la cooperación para la búsqueda de un nuevo empleo para los parados (Hicks y Esping-Andersen, 2005, citados en Del Pino y Rubio Lara, 2013).

No obstante, es importante destacar que estos grupos no dejan de ser “tipos ideales”, es decir, es difícil encontrar países que sirvan de casos puros, a pesar de lo cual, los datos reflejan que Suecia, Noruega y Dinamarca podrían servir de prototipos del régimen socialdemócrata; Alemania y Francia del régimen conservador; y Estados Unidos del liberal (Gómez y Buendía, 2014: 10).

Por otra parte, la clasificación tripartita es criticada por algunos investigadores ya que, según ellos, posee un alcance limitado para hacerse eco de la dinámica de algunos

⁴ El concepto de desmercantilización hace referencia a la capacidad que tienen las prestaciones sociales, y en particular, las prestaciones monetarias, para atenuar la dependencia del mercado en las vidas de las personas (Gómez y Buendía, 2014: 10).

⁵ En su acepción más generalista, Esping-Andersen (1993) entiende la *desfamilización* como una colectivización de las necesidades de las familias, o si se prefiere una mayor responsabilidad del conjunto de la sociedad para procurar bienestar y satisfacción vital a los miembros de las familias.

países de sistemas de bienestar que no están incluidos en ella. Una de las críticas es que los tipos no parecen exclusivos, ni exhaustivos y que adolecen de problemas metodológicos. También se observa, que de haberse utilizado otros indicadores, la clasificación de algunos países cambiaría y que la distribución se centra excesivamente en las transferencias y no en los servicios; dejando fuera objetivos como el de lograr la amplia participación en el mercado de trabajo (Orloff, 1993 y Jensen, 2008, citados en Del Pino y Rubio Lara, 2013).

Tabla 5.2. Características principales de los regímenes de bienestar

	Conservador	Liberal	Socialdemócrata
Familia	Central	Marginal	Marginal
Mercado de trabajo	Marginal	Central	Marginal
Estado	Subsidiario ⁶	Marginal	Central
Regulación	Intensa	Escasa	Media
Prestaciones sociales	Corporativistas ⁷	Residuales	Universales

Fuente: Spadaro (2008).

Con frecuencia se habla de la existencia de otros dos regímenes de bienestar asociados a casos muy particulares que no son fácilmente clasificables dentro de las tres categorías analizadas. Estos dos casos son: Las Antípodas (Australia y Nueva Zelanda) y la Europa mediterránea (Italia, España, Portugal, Grecia) (Spadaro, 2008: 8).

En el caso de Australia y Nueva Zelanda nos encontramos, por un lado, con estructuras muy similares a las propias de los regímenes liberales en lo que concierne a prestaciones sociales, y por otro lado, con un mercado de trabajo que garantiza el igualitarismo y los derechos de los asalariados, por lo que presenta muchas similitudes con los sistemas socialdemócratas. No obstante, con el paso del tiempo y especialmente tras la apertura y liberalización de los mercados, las economías de las Antípodas han ido

⁶ El Estado debe ser un ente que solo intervenga en aquellas iniciativas o actividades que han desechado los particulares o al menos aquello que no les interesa por no ser rentable y también respecto de aquellas áreas estratégicas definidas por el propio gobierno.

⁷ El Estado interviene en la solución de conflictos de orden laboral, mediante la creación de corporaciones profesionales que agrupan a trabajadores y empresarios.

perdiendo paulatinamente los rasgos socialdemócratas a favor de los más liberales, con lo que su clasificación en este último régimen no resulta ya tan descabellada.

Para el caso de los países mediterráneos, algunos estudios apuntan a que en ellos podríamos encontrar también un régimen de bienestar diferenciado de la división clásica. La argumentación suele basarse en la idea de que en estos países los programas de asistencia social acostumbran a tener un objetivo relacionado con la captación de votantes, de ahí la importancia de la generosidad de las pensiones de invalidez o de los empleos públicos especialmente usados por las clases políticas democratacristianas. Sin embargo, en general, no se admite que este rasgo sea lo suficientemente marcado como para constituir un régimen separado del conservador, con el que comparte la mayoría de rasgos en el resto de elementos fundamentales, como el corporativismo y el papel fundamental de la familia (Spadaro, 2008: 8-9). El caso del Estado de bienestar mediterráneo se aborda de manera más amplia en el apartado siete de este trabajo.

6. CAMBIOS EN EL ESTADO DE BIENESTAR

Los estudios sobre el cambio en el Estado de bienestar han sido numerosos. El punto de mira de los análisis abarca desde la búsqueda de categorías que sean capaces de capturar la variabilidad de la organización del bienestar en distintos lugares y su cambio a lo largo del tiempo, hasta el planteamiento del futuro de este modelo de Estado (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

6.1. Problemas conceptuales y metodológicos en el análisis del cambio del Estado de bienestar

La primera forma de delimitar el cambio sería distinguir entre la evolución natural del sistema y el cambio deliberado⁸ (reforma). Los investigadores actuales consideran cambios en las políticas sociales de muy distinta naturaleza. Una de las razones, es que existe una gran variedad de programas de bienestar. Pero, más importante es aún la amplitud de reformas emprendidas en cualquiera de los estados de bienestar. Su complejidad ha aumentado debido a que los gobiernos se han visto obligados a agudizar

⁸ El cambio deliberado puede entenderse en el sentido de “hacer algo” con los programas del bienestar, y también en el de no hacerlo, por ejemplo, dejando que las prestaciones sociales que reciben ciertos beneficiarios pierdan poder adquisitivo.

su ingenio para poder realizarlas y evitar ser castigados por la ciudadanía. En este sentido, y como veremos más adelante en el caso de los estados de bienestar mediterráneos y en el caso concreto español, los recortes de los años ochenta han dejado paso a reformas más sutiles.

Los cambios pueden afectar a diferentes dimensiones, tales como: a la estructura de las prestaciones (forma de cálculo, nivel y duración); a los criterios de elegibilidad (requisitos que deben cumplir los ciudadanos para tener derecho a las prestaciones y servicios); al establecimiento de nuevos deberes (como el de buscar activamente empleo); al tipo, cantidad y calidad de las personas que prestan el servicio, o también pueden afectar a dimensiones más importantes como al traspaso de la titularidad de la política a otro nivel de gobierno o su gestión a una organización privada, quedándose el Estado solo con las competencias reguladoras, tal y como veremos en el apartado dedicado al sistema sanitario español.

En los últimos años, se ha discutido ampliamente acerca de qué aspectos del bienestar deben tenerse en cuenta para estimar el alcance de la reforma. Principalmente, el debate ha girado sobre si lo que tiene que tomarse en consideración son los cambios que se producen en las políticas en sí, o por el contrario, los efectos que estos cambios tienen sobre los ciudadanos. Esta segunda opción, es criticada por los que sostienen que los cambios en las políticas son solo importantes si afectan a la vida de los receptores de las prestaciones y servicios. La afirmación de que solo se producen reformas cuando se ven afectados los derechos ciudadanos es criticada por ser demasiado estrecha.

En cuanto a los indicadores más apropiados para medir el cambio, el indicador de las variaciones del gasto sigue siendo ampliamente utilizado porque los datos de gasto social son fáciles de encontrar y cubren los principales programas. Últimamente, para realizar los análisis más sofisticados, los investigadores han sido especialmente cuidadosos debido a las críticas que ha recibido la utilización del llamado *esfuerzo en bienestar*⁹. Por su parte, Green- Pedersen (2004) afirma el hecho de que un elevado gasto público puede ser indicador de ineficiencia más que de generosidad del Estado de bienestar. Clayton y Pontunsson (1998) plantean el uso de indicadores alternativos o

⁹ Gasto social como porcentaje del PIB.

complementarios al gasto, como los relacionados con la forma en que se organiza el sector público, la prestación de servicios, el desarrollo del empleo público o la equidad y seguridad en el empleo.

Finalmente, no hay duda de que la investigación comparativa se ha beneficiado del desarrollo de las bases de datos internacionales¹⁰. Pero estas fuentes presentan numerosos problemas relacionados con la claridad de los datos o la comparación, derivados de la dificultad para elaborar definiciones consensuadas de los programas sociales en cada país a lo largo del tiempo. A esto habría que añadir, el alcance limitado de estas y otras bases, lo que hace que muchas veces sea difícil o imposible encontrar información comparable entre países de distintos continentes (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

6.2. Los resultados de los distintos tipos de regímenes y de los diferentes tipos de políticas

El Estado de bienestar tiene consecuencias respecto a las relaciones, entre grupos étnicos, de género, generaciones y clases sociales. Lo que se espera principalmente de él, es que tenga un impacto positivo en la eliminación de la pobreza y la desigualdad. Esto se lograría a través del incremento de los ingresos de una parte de la población y a través de transferencias, las cuales serían financiadas mediante impuestos progresivos y contribuciones sociales (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

El efecto redistributivo del Estado de bienestar ha sido confirmado por numerosos estudios a lo largo del tiempo. Varios autores han tratado de explicar que no es solo el volumen de gasto el que importa a la hora de reducir la pobreza, sino también las propias características de los programas de bienestar y otros factores ajenos al Estado de bienestar. También existe un debate intenso sobre qué programas corrigen mejor la desigualdad. Podría pensarse que los *programas focalizados*¹¹ son más eficaces que los *programas universales*¹². Sin embargo, los programas focalizados, predominantes en

¹⁰ La llamada SOCX (Social Expenditure Database) de la OCDE; los datos de ESSPROS (European System of Integrated Social Protection Statistics) de EUROSTAT y bases de datos de la OIT o la CEPAL.

¹¹ Programas que destinan recursos a grupos específicos, como los más necesitados, los inmigrantes o las mujeres.

¹² Los servicios o prestaciones uniformes que benefician a toda la población independientemente de su renta social.

Estados Unidos y Reino Unido, reciben menos apoyo por parte de los demás ciudadanos, es la llamada *paradoja de la redistribución* (Korpi y Palme, 1998: 28). La focalización sería una estrategia en la que se quita dinero a los más afortunados económicamente para distribuirlo entre los más pobres. Los ciudadanos “afortunados” pueden considerarse contribuidores netos del Estado de bienestar, ya que pagan impuestos, pero no se benefician de las prestaciones. Esto a la larga puede quebrantar el apoyo al sistema y provocar que los programas sean menos generosos y más fáciles de recortar (Del Pino y Rubio Lara, 2013). Existe un sistema más igualitario, el llamado *sistema Beveridge*, donde las prestaciones y servicios son similares para todos. Aunque han sido criticados por producir el *efecto Mateo* (el rico se hace más rico y el pobre se hace más pobre). La evidencia empírica demuestra que los regímenes universalistas arrojan mejores resultados en cuanto a reducción de la pobreza. Los ciudadanos muestran más apoyo por los programas por los que pagan y también disfrutan (Korpi y Palme, 1998: 37-38). Los programas focalizados, generalmente poco generosos, proporcionan apoyo una vez que otras redes de ayuda han fallado. Sin embargo, cuando el individuo ya se encuentra en situación de pobreza, es muy difícil evitar que se agrave, debido a su incapacidad para rescatar a los ciudadanos de la pobreza sin ser desprestigiados y acusados de desincentivar el esfuerzo individual (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

Finalmente, hay que destacar que el impacto negativo del Estado de bienestar sobre la economía y el empleo es mucho menos claro de lo que sostienen las críticas teóricas que tradicionalmente ha generado. Estudios recientes han encontrado que un crecimiento en el gasto social es compatible con el crecimiento económico e incluso puede contribuir al mismo, gracias, por ejemplo, a las externalidades positivas de determinadas políticas como la educación y la sanidad (Moreno Fuentes, 2013¹³).

6.3. Los nuevos desafíos del Estado de bienestar: nuevos riesgos sociales y globalización

En la actualidad, los nuevos riesgos sociales y la globalización son los dos desafíos más importantes para el Estado de bienestar. La situación se ha hecho más compleja para

¹³ Las citas referidas a Moreno Fuentes (2013) no van acompañadas de la página del libro de donde se obtuvieron porque fue leído a través de la plataforma de la Universidad de León de préstamo e intercambio de libros GRIAL. En esta plataforma los libros leídos en formato EPUB no tienen insertado el número de página.

los estados de bienestar actuales, puesto que tienen que afrontar viejos retos desatendidos y a la vez, nuevos desafíos, los llamados Nuevos Riesgos Sociales (NRS)¹⁴ (Taylor-Gooby, 2004: 30).

Taylor-Gooby (2004) destaca cuatro procesos importantes en relación con los NRS: la mayor participación de la mujer en el mercado laboral; el incremento del número de personas mayores; las nuevas necesidades de personal cualificado que exige el mercado de trabajo y las consecuencias de no disponer de la cualificación necesaria (por ejemplo el desempleo precario); y por último, la privatización de los servicios públicos cuando no están bien regulados y sometidos a estándares rigurosos de calidad.

La mayoría de estos nuevos riesgos surgen porque las políticas tradicionales del bienestar no consiguen darles respuestas y empujan a las administraciones públicas a diseñar políticas inéditas o a asumir tareas que implican nuevas áreas de gasto. Por otra parte, la globalización económica y más en concreto la nueva división internacional del trabajo ha afectado de lleno al Estado de bienestar. La creciente competencia amenaza la generosidad de las prestaciones que reciben los trabajadores de los estados de bienestar, cuyas empresas tienen que competir con aquellas de los países en desarrollo que pueden ofrecer precios más baratos al prescindir de una parte importante de los derechos y costes sociales de sus trabajadores.

6.4. Incertidumbre sobre el futuro del Estado de bienestar

A partir de la crisis de 2008, la incertidumbre sobre el futuro del Estado de bienestar se ha visto acrecentada, en particular para el sur de Europa, ya que en estos países la repercusión ha sido más profunda. No existe un camino único por el que deba transitar el Estado de bienestar. Una postura claramente reconocible es la de quienes piensan que de ser necesario mantener un Estado de bienestar, éste tiene que ser mínimo. En opinión de algunos, la responsabilidad para garantizar el bienestar debe de devolverse a la población. Se apuesta por la desburocratización y la autogestión comunitaria, de forma que esta esté más localizada y sea menos jerarquizada. Por otro lado, los

¹⁴ Según la definición de Taylor-Gooby, los NRS son a los que se enfrentan las personas en la actualidad durante el curso de sus vidas como resultado de cambios económicos y sociales asociados a la transición a una sociedad postindustrial.

neoconservadores y neoliberales son partidarios de que la responsabilidad del bienestar recaiga en las familias y en los mercados, mientras que el papel del Estado debe limitarse a la provisión de la seguridad colectiva frente al exterior, a la preservación del orden y de la ley, así como a la provisión de aquellos bienes públicos¹⁵ que el mercado no puede proporcionar de manera eficiente. En todo caso, el Estado podría intervenir cuando los otros actores y mecanismos fallasen (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

En contraposición con la visión neoliberal surge la idea de la creación de un *Estado de bienestar como inversión social*, la cual aspira a convertirse en el ejemplo inspirador del Estado de bienestar. Expone que las políticas sociales pueden utilizarse estratégicamente para contribuir al crecimiento económico y al empleo. El énfasis se pone en las políticas que inviertan en capital humano y lo hagan más eficiente (Urteaga, 2013). Este tipo de políticas implicaría la concesión de una renta básica periódica a cada ciudadano, sin ninguna condición. Esta propuesta se justifica porque una parte de la riqueza de cada generación es el resultado del conocimiento acumulado por las generaciones anteriores y del uso de recursos que, como el medio ambiente, son patrimonio de toda la sociedad y por el cual todos merecen ser compensados. Otro tipo de políticas consistiría en dotar a cada ciudadano de un capital básico determinado al cumplir la mayoría de edad, que sería financiado a través de los impuestos. El ciudadano lo podría utilizar de diversas maneras y con la finalidad última de evitar condiciones desiguales de partida y aumentar la autonomía personal. Aunque estas propuestas han sido muy criticadas últimamente, algunas iniciativas de política pública se basan en gran medida en ellas, por ejemplo, las ayudas concedidas por nacimiento (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

¹⁵ La construcción de carreteras y la seguridad interior.

PARTE II

7. EL MODELO DE ESTADO DE BIENESTAR MEDITERRÁNEO

En este apartado se analizan, a grandes rasgos, las características del régimen mediterráneo del bienestar. España, Italia, Grecia y Portugal son los cuatro países miembros de la Europa del Sur que tradicionalmente han sido incluidos en este régimen de bienestar.

Se ha debatido sobre si el Estado de bienestar mediterráneo es la mera expresión de una familia de naciones rezagadas respecto al modelo conservador al que pertenecen (Castles, 1993 y Katrougalos, 1996, citados en Moreno, 2001), o si esta periferia o *fleco latino* es la mera expresión de un nivel rudimentario de provisión social y desarrollo institucional (Leibfried, 1992 y Gough, 1996 citados en Moreno, 2001).

Con carácter general puede contrastarse que los cuatro países meridionales comparten analogías respecto a su historia, sistemas de valores y peculiaridades institucionales. Todos ellos han sufrido, en distinto grado y duración, experiencias de dictaduras y gobiernos autoritarios durante el siglo XX, y han experimentado retrasos en los procesos de modernización e industrialización (exceptuando las primeras regiones industrializadas de Italia y España) (Moreno y Marí-Klose, 2013).

En el conjunto de los Estados avanzados industrialmente de la OCDE, los países de la Europa del Sur reflejan un nivel medio respecto al grado de desmercantilización, las relaciones entre los géneros, y al acceso universal a servicios y prestaciones de bienestar por comprobación de medios.

Otra factor con gran relevancia estructural ha sido el religioso, aunque en la actualidad la actuación de la iglesia como principal proveedor de protección social ha disminuido. Este proceso ha sido complementario a la mayor secularización de las prácticas sociales en la Europa del sur. A su vez, los procesos de globalización han estimulado una mayor convergencia con los países de la Unión Económica y Monetaria Europea. El caso de España es el que mejor representa la posición equidistante entre los procesos de universalización de los sistemas de salud, educativo y de pensiones, y la permanencia de

una Seguridad Social de carácter contributivo (Moreno, 2001: 3-4). Así mismo, España sería representante de la “vía media mediterránea” (Sarasa, citado en Moreno, 2001).

7.1. Principales características del Modelo Mediterráneo

Fundamentalmente tres son los rasgos a tener en cuenta como característicos del régimen de bienestar mediterráneo: necesidades y estilos de vida diferentes; microsolidaridad familiar; y conjunción entre universalismo y selectividad (Moreno, 2001: 3).

Necesidades y estilos de vida diferentes

En la Europa del Sur se manifiesta un conjunto de necesidades y estilos de vida diferentes. Destacan las prácticas de repartos intrafamiliares, de régimen de propiedad de viviendas, y la heterogeneidad de sus patrones de reproducción social. De manera relevante destaca la prevalencia de los valores de inclusión familiar y la redistribución de ámbito familiar durante los ciclos vitales¹⁶.

Aunque la vivienda no es considerada como un ámbito de intervención directa de las políticas sociales de manera estricta, confirma la naturaleza de los regímenes de bienestar en los países mediterráneos. La concentración en las personas mayores de la titularidad de las viviendas pone de manifiesto el rol decisivo del hogar como institución de compensación entre sus distintos componentes generacionales (Castles y Ferrera, 1996 citados en Moreno, 2001). Cabe señalar que las políticas de vivienda del sur de Europa incentivan la compra y no el alquiler. Si a esto le sumamos lo que tardan los jóvenes en emanciparse, indican un mayor uso de los recursos disponibles comunes en comparación a las pautas de individualización familiar de otros regímenes de bienestar. Los efectos que provoca todo ello son especialmente determinantes en el desarrollo de las políticas sociales.

Con respecto a las preferencias y prácticas culturales, los países de Europa del Sur han estructurado de manera peculiar sus sociedades. Los ciudadanos se adscriben a grupos sociales de influencia que a menudo practican los usos y abusos (por parte de los

¹⁶ Entendida esta como donaciones entre los miembros de la familia, procesos de emancipación y proliferación de empresas y empleos de ámbito familiar.

ciudadanos con recursos de información y acceso a los servicios públicos) del *efecto Mateo* (se hace alusión a él en el apartado 6.4 de este trabajo). La solidaridad en la Europa mediterránea adopta un carácter micro y se manifiesta fundamentalmente en el ámbito familiar.

Microsolidaridad familiar

El Estado de bienestar meridional descansa en gran medida en el papel desempeñado por la familia en la consecución de la satisfacción para sus miembros. En Europa se producen importantes transferencias intrafamiliares, tanto materiales como inmateriales. Referente a las que no pueden cuantificarse, destacan los cuidados prestados por las mujeres a sus hijos o padres, las cuales son un activo oculto en la contabilidad nacional de estos países. Estas transferencias inmateriales son las que conforman la cultura de carácter mediterráneo, situando a la familia como principal foco de socialización de los ciudadanos. Esto conlleva una priorización de lo microcolectivo respecto a los intereses individuales de cada miembro del hogar. Por ello, las estrategias familiares prevalecen en las formas de intercambio social entre los ciudadanos, situándose el rol de la mujer como determinante en el desarrollo de las políticas de bienestar (Moreno, 2001: 4-6).

La creciente participación laboral de las mujeres junto con los nuevos obstáculos para la formación y expansión familiar, conllevan grandes incógnitas respecto al desarrollo futuro del régimen mediterráneo (Guillén, 1997). Las mujeres de estos países consideran elementos determinantes la seguridad y estabilidad en el empleo. Las interrupciones laborales femeninas en la Europa del sur están motivadas por el nivel de educación y los intereses profesionales más que por razones de maternidad (Guillén, 1997). En el caso de las familias de la Europa meridional, la duplicidad de funciones dentro y fuera del hogar ha generado una nueva tipología de *superwoman* que ha actuado como un sólido amortiguador de sus sistemas de protección social (Moreno, 2002).

Conjunción entre universalismo y selectividad

La conjunción entre universalismo y selectividad de las políticas de bienestar mediterráneas viene condicionada, en gran medida, por la naturaleza de sus mercados de trabajo. Sus sistemas de seguridad social comparten con el resto de la Europa continental una filosofía contributiva. Mientras que la intervención de los gobiernos mediterráneos

en la década de los noventa y principios del siglo XXI se dirigió a procurar un acceso universal a programas de salud, pensiones y servicios sociales. Los mercados laborales de la Europa del Sur tienen dos características peculiares respecto a los otros tipos de regímenes del bienestar: la heterogeneidad de la fuerza laboral y el peso de la economía sumergida (Moreno, 2001: 6).

Hay que destacar la amplia dimensión de la economía sumergida en la Europa mediterránea, situándose de media, según las estimaciones, en torno al 20 por ciento del PIB (Jiménez y Martínez-Pardo, 2013), lo que pone de manifiesto una desigual distribución de las cargas financieras. Los contribuyentes cumplidores con sus deberes como ciudadanos se ven penalizados. Esto también dificulta la intervención pública a la hora de seleccionar políticas dirigidas a grupos concretos; circunstancia que se intenta solventar con el acceso a la universalización de servicios y prestaciones.

Las reformas de las políticas del bienestar de vocación universalista se han generalizado en la Europa del Sur. La Ley General de la Sanidad de 1986 estableció el acceso universal a la salud a todos los ciudadanos españoles y a los extranjeros residentes en España. En el resto de países mediterráneos es también en el área de salud donde la universalidad se ha hecho más palpable. En estos países igualmente se observa un empeño institucional por la descentralización (Moreno, 2001: 6).

Actualmente, frente a presiones financieras, algunos gobiernos han aprovechado la coyuntura para introducir recortes en programas poco consolidados, donde se han producido menores costes irrecuperables y pueden evitar enfrentarse políticamente a clientelas y coaliciones de apoyo financiadas. Esta estrategia puede ser un “golpe de muerte” a algunas iniciativas que han acercado al Estado de bienestar mediterráneo a colectivos tradicionalmente desprotegidos, como niños, jóvenes o personas dependientes (Moreno y Mari-Klose, 2013).

7.2. El Estado de bienestar español

El Estado de bienestar español incorpora elementos de las tradiciones *bismarckiana* y *beveridgeana*¹⁷, y cabe ser considerado como una vía media respecto a otros regímenes de protección social de democracias avanzadas (Moreno, 2001: 1).

En España, el desarrollo del Estado de bienestar y su reforma han estado en las agendas de todos los gobiernos desde la reinstauración de la democracia, tanto en el nivel central de gobierno como en el autonómico (Del Pino y Rubio Lara, 2013).

La singularidad del caso español reside en la debilidad estructural del modelo económico adoptado a partir, sobre todo, de la entrada en la unión monetaria y el euro (fuertemente dependiente del capital financiero europeo, con un elevado endeudamiento privado y, posteriormente, público, y subordinado al centro económico de una UE cada vez más fracturada), un mercado de trabajo fuertemente segmentado y, finalmente, un modelo de Estado de bienestar de amplia cobertura en servicios y prestaciones pero de baja intensidad protectora, es decir, con una limitada capacidad para reducir la pobreza y la desigualdad (Rodríguez Cabrero, 2014a: 315).

En este apartado referente al caso concreto español, se realiza de manera breve un repaso por las etapas de la historia reciente y sus políticas sociales más importantes. Se aborda desde el año 1975 hasta el 2013.

7.2.1. Etapas del desarrollo del Estado de bienestar español

Se distinguen cuatro etapas¹⁸ en el desarrollo del Estado de bienestar español entre 1975 y 2013: expansión (1975-1985); consolidación (1986-1995); europeización (1996-2005) y *recalibración* (2006-2013), esta última etapa combina contracción y expansión.

¹⁷ Sintetizando lo expuesto en apartados anteriores, el *modelo bismarckiano* (conservador) es un modelo contributivo, donde los aportes de los participantes financian los beneficios de los mismos participantes, excluyendo a los que quedan fuera. Por el contrario, el *modelo Beveridgeano* es un modelo no contributivo, donde el financiamiento proviene de impuestos generales y los beneficios tienden a ser universales, siendo así más inclusivos.

¹⁸ Elaboradas a partir de Rodríguez Cabrero (2011: 20-26) y Rodríguez Cabrero (2014a: 315-323)

Tabla 7.1: Etapas, procesos de desarrollo y efectos del Estado de bienestar español.

Etapas	Marco económico y social	Contexto institucional	Políticas aplicadas	Principales impactos sociales
Expansión (1975-85)	Crisis económica y restructuración industrial. Derechos constitucionales y sociales.	Reforma fiscal. Pactos de la Moncloa 1977. 1ª Huelga General (1985).	Extensión de la cobertura del desempleo. Incremento del gasto en pensiones.	Mejora de la calidad de vida para los desempleados y altas tasas de pobreza relativa de los pensionistas
Consolidación (1986-95)	Crecimiento económico y crisis del empleo de 1992.	Miembro de la UE. 2ª Huelga General (1988). 3ª Huelga general (1992). 4ª Huelga general (1994). Pacto de Toledo de 1995 respecto al sistema de pensiones.	Universalización del sistema de salud y pensiones. Sistema de prestación social Sistema de Ingresos Mínimos Regionales.	Reducción de la desigualdad y tasas de pobreza extremas.
Europeización (1996-2005)	Crecimiento económico. Entrada en la eurozona. Inmigración creciente.	Consolidación del diálogo social. 5ª huelga general (2002).	Racionalización y eficiencia del gasto social. Apertura a la gestión privada. Políticas de equilibrio familia-trabajo (1999). No discriminación de los discapacitados (ley 2003).	Universalización de los bajos niveles de protección. Aumento de la desigualdad de ingresos. Servicio social y de salud con cobertura adicional a los inmigrantes ilegales.
Recalibración (2006-2013)	Fin del crecimiento económico y crisis financiera. Crecimiento del desempleo. Fatiga social Déficit y Deuda pública persistentes.	Extensión del diálogo social, que se expande en 2010	Racionalización del gasto social. Jubilación flexible. Políticas de inclusión y activación. Expansión de la protección social y de cuidado a largo plazo. Igualdad efectiva entre hombres y mujeres (Ley 2007). Privatizaciones.	Universalización del cuidado a largo plazo. Avances en la igualdad de género. Estancamiento de la tasa de pobreza relativa. Individualización de riesgos sociales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez Cabrero (2011; 2014a).

La expansión de los programas de política social (1975-1985)

La mayoría de los estudios referentes a la política social española consideran esta etapa como el periodo clave de la reforma social. Estos diez años fueron testigos de un notable aumento en el gasto social destinado a prestaciones de la Seguridad Social, y de una rápida ampliación de la cobertura de la salud hasta el punto de la universalidad.

Con Los Pactos de la Moncloa de 1977, los diferentes partidos políticos dieron su apoyo a la democracia política y a la ampliación del Estado de bienestar. De hecho, el periodo comprendido entre 1976 y 1978 fue testigo del crecimiento más grande de la historia en el gasto social de España.

Por otra parte, los derechos universales incorporados en la Constitución de 1978 generaron expectativas del comienzo del fin del modelo tardío de crecimiento franquista, al igual que la crisis económica de 1979.

Por último la transformación industrial significó un aumento importante en el presupuesto social. Esta transformación comenzó en 1979 y alcanzó su máximo durante el gobierno socialista de 1983-1985. Así es como surge un modelo conservador del Estado de bienestar y se consolida, aunque más por casualidad que por diseño.

La consolidación del Estado de bienestar español 1986-1995

En este periodo de gobiernos socialistas se alcanza el punto más alto de la expansión del modelo socialdemócrata con dos pilares básicos: los derechos referentes a la salud y la educación, financiados a través de impuestos y basándose en la idea central de que los servicios universales contribuyen a la disminución de desigualdades y la mejora del acceso femenino al mercado laboral.

Este tiempo no estuvo exento de tensiones y conflictos. La reforma del sistema de pensiones en 1985 alteró la forma de calcular las mismas y extendió el periodo de contribuir de ocho a 15 años. Como resultado de la primera huelga general, el gasto en pensiones y el subsidio por desempleo aumentó considerablemente. La universalidad en la sanidad se completó en enero de 1990. Por otro lado, surgió el Plan de Pensiones no contributivas de 1990, el cual universaliza el sistema de pensiones y regula las prestaciones por hijo a cargo, particularmente los que sufren una discapacidad.

Durante el mismo periodo, se produjo una prosperidad de los servicios sociales y de la introducción de sistemas de ingresos mínimos regionales, siendo pionero el modelo vasco de 1989. La crisis económica fue muy aguda entre 1992 y 1994 en términos de desempleo (alcanzando el máximo en 1994 con un 24%¹⁹) que hizo necesario un aumento muy considerable en el gasto social con la finalidad de evitar posibles conflictos sociales. La reforma de las prestaciones por desempleo y la reducción de los niveles de protección llevaron a una segunda huelga general en 1992 y a una tercera en 1994. Una vez más el mercado de trabajo llevó la peor parte de la reforma, el empleo se hizo más precario y descendió el grado de protección social. Los recortes presupuestarios también se hicieron notar en el sistema de pensiones. Este, sin embargo, a diferencia de la reforma laboral, recibió el respaldo en el Pacto de Toledo firmado en 1995, donde se acordó la reforma del sistema de pensiones, modelo que ha sobrevivido hasta la actualidad.

La europeización de la política social española 1996-2005

Afirmar que la europeización de la política social española se inició en 1996 con el nuevo gobierno conservador del Partido Popular es simplificar demasiado. En los años anteriores ya se habían hecho notar la amplitud del mercado laboral y del sistema de pensiones junto con el desarrollo de programas de renta mínima. Desde 1986 el Fondo Social Europeo y programas de cohesión regional ya habían estado ayudando a la integración económica de España en la Unión europea.

Los efectos del Tratado de Maastricht, la entrada en la zona euro y la Estrategia de Lisboa del año 2000 han sido hitos importantes para la política social española. Fueron influenciados por la importancia de la activación y cohesión social, la racionalización y la recalibración del Estado de bienestar. Tanto fue así, que se podría decir que ser miembro de la UE fue la consolidación del Estado de bienestar español en un marco de protección universal.

Entre 1996 y 2007 España disfrutó de un período de crecimiento económico debido a las bajas tasas de interés y al auge del sector de la construcción. Este crecimiento influyó de forma masiva a los trabajadores inmigrantes para ocupar un puesto de

¹⁹ Dato contrastado con la EPA realizada por el INE en los 4 trimestres de 1994. (1994TI 24.55%; 1994TII 24.22%; 1994TIII 23.80%; 1994TIV 23.90%.)

trabajo en la construcción, la agricultura intensiva, la hostelería o el servicio doméstico. También aceleró la entrada de las mujeres en el mercado laboral hasta llegar a una cifra de ocupación para este periodo de entre el 30-40 por ciento²⁰. Hasta que el crecimiento llegó a su fin en 2008, también fue un período de crecimiento del empleo temporal (casi un tercio de todos los puestos de trabajo). A su vez, el porcentaje de empleos precarios aumentó y las tasas de pobreza relativa se mantuvieron estables en torno al 19 por ciento; las desigualdades sociales también se incrementaron (FOESSA, 2008, citado en Rodríguez Cabrero, 2011).

Durante el mismo período el gasto social se moderó. Los niveles de protección se redujeron, la gestión fue cada vez más racionalizada y se produjeron cambios graduales en la externalización de los servicios sociales. Es decir, la llegada de la privatización generalizada e intensiva en los servicios públicos de bienestar. Si bien es cierto que los pactos sociales entre el gobierno y los sindicatos fueron eficaces durante todo el período, el conflicto social estuvo presente, la huelga general en junio de 2002 era un síntoma del fracaso de la reforma del mercado laboral.

Recalibración 2006-2013

En conjunto, la última etapa del desarrollo de la política social española puede considerarse como una etapa de reajuste, lo que lleva a una cierta consolidación del bienestar y de la influencia cada vez mayor del mercado laboral. Además, también podemos apreciar un crecimiento del sector servicios. Seguimos en un modelo basado en la familia, bajo el dominio de los patrones tradicionales de cuidado de los niños, los jóvenes no emancipados y las personas mayores dependientes (Rodríguez Cabrero, 2011).

El Estado de bienestar Español se tuvo que enfrentar simultáneamente a procesos de racionalización y contención en el servicio de salud (gestión privada de los hospitales y recortes en el gasto farmacéutico) y en la seguridad social (control de las pensiones de invalidez y lucha contra el fraude en las prestaciones de desempleo). De igual importancia en los últimos años ha sido la transformación progresiva, en la legislación de las regiones, de los servicios de bienestar social más universales (Vila, 2010, citado en Rodríguez Cabrero, 2011).

²⁰ Datos contrastados con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística español INE.

El Estado de bienestar español se enfrenta a un nuevo periodo de recalibración de las instituciones construidas desde 1980. Desde la primavera de 2008, el fuerte impacto de la crisis económica y financiera en España ha supuesto el crecimiento del gasto social en desempleo. Esto, junto con medidas para estimular la economía, ha incrementado el déficit presupuestario al 11,5 por ciento del PIB. En el año 2011, la intensidad de la crisis dio lugar a la aplicación de medidas de restricción económica que afectaron directamente al gasto social y detuvieron la extensión de los servicios sociales a largo plazo.

A modo de resumen, el Estado de bienestar español se puede describir como un modelo con las siguientes características: en primer lugar, sigue siendo en gran medida dependiente de la seguridad social para centralizar y gestionar las necesidades de un mercado de trabajo notablemente dual y con alto desempleo y dependiente, también, en la gestión de las pensiones. Esta situación es la que está detrás de la mayor parte de las tensiones y conflictos del Estado de bienestar español. Para ser más precisos, las reformas del mercado de trabajo del verano de 2010 y las del sistema de pensiones de otoño de 2010 son las que más discordia han generado en la política social española.

En segundo lugar, el Estado de bienestar español ha creado un sistema universal de educación y salud, el cual no está directamente vinculado a la participación del mercado de trabajo. Estos servicios de carácter social, están financiados con impuestos, gestionado por las autoridades regionales, y aceptados como legítimos por el público (Arriba, Calzada y Del Pino, 2006, citados en Rodríguez Cabrero, 2011). La sanidad y la educación forman el núcleo del sistema de derechos sociales, esto es compartido con el modelo socialdemócrata de Estado de bienestar.

A partir de 2010, se puede decir que el Estado de bienestar español ha conservado sus características históricas básicas (Adelantado y Calderón, 2005). Se ha consolidado como un Estado de bienestar mixto, de tamaño medio, con niveles de gasto social por debajo de la media de la Unión Europea de los 15²¹ (Muñoz del Bustillo, 2000 y Navarro, 2005 citados en Rodríguez Cabrero, 2011). En el contexto de la globalización neoliberal

²¹ Países por los que estaba formada la Unión Europea desde el 1 de enero de 1995 hasta el 30 de abril de 2004: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Austria, Finlandia y Suecia (Eurostat, 2014).

y una enorme presión de competencia en la UE, es un modelo conjugado por un lado por el conflicto generado por las necesidades sociales y los nuevos riesgos sociales asociados con el envejecimiento de la población y las nuevas formas de vida social y exclusión laboral; y por otro lado por los nuevos grupos de interés que exigen la apertura del Estado de bienestar al sector privado y el aumento de la individualización de los riesgos sociales.

En el caso de los recortes sociales, aplicados hasta el 2013, no han reducido la deuda ni el déficit, como tampoco han promovido el crecimiento y la competitividad de la economía (Arias y Costas, 2012, citados en Rodríguez Cabrero, 2014b). Por el contrario, sí han debilitado la cohesión social y producen *fatiga social*, que podemos definir como una mezcla de interiorización individualizada de los efectos de la crisis, rechazo a los recortes sociales y decepción democrática. Esta *fatiga social* es la base de la reacción ciudadana que se ha traducido tanto en movilizaciones sindicales como en la eclosión de los nuevos movimientos sociales como son las llamadas mareas y las plataformas sociales. Este conjunto de reacciones sociales, sobre todo en 2012 y 2013, constituye una respuesta a la regresión del Estado de bienestar, no solo por lo que atañe a la reducción del gasto social, sino también por la deriva de privatizaciones logradas y pretendidas (Rodríguez Cabrero, 2014b: 323).

PARTE III

8. EL SECTOR DE LA SANIDAD Y LOS TIPOS DE SISTEMAS SANITARIOS

La sanidad constituye uno de los pilares básicos del régimen de bienestar de cualquier país desarrollado. Este ámbito de política pública representa uno de los principales componentes del gasto social y constituye uno de los programas de protección social que más apoyo recibe de los ciudadanos (Moreno Fuentes, 2013).

El ámbito sanitario posee rasgos específicos que lo diferencian de otros sectores de política social. Dicha especificidad descansa en una serie de características que limitan de manera clara y concreta el mercado para que la provisión de servicios sanitarios se realice de manera eficiente y coste-efectiva (Barr, 2012, citado en Moreno Fuentes, 2013). Como señala Barr, el mercado incumple de manera sistemática las condiciones básicas necesarias para funcionar como adjudicador eficiente de recursos y proveedor de servicios sanitarios. Se viola la condición de *información perfecta*, hay inexistencia de *competencia perfecta* y el mercado sanitario produce *externalidades negativas*²².

La existencia de fuertes asimetrías de la información explica la necesidad de disponer de asesores para saber qué y cuándo debemos consumir un determinado servicio. La naturaleza extremadamente técnica de la información y la imposibilidad de estimar el precio adecuado para un determinado servicio (particularmente en situaciones de urgencia en las que no hay tiempo de elegir entre proveedores) constituyen algunas de las violaciones más claras de *información perfecta*, imprescindible para el funcionamiento de un mercado.

La segunda condición que se incumple en el ámbito de la sanidad es la de la existencia de *competencia perfecta*. Por un lado, el número de proveedores de servicios sanitarios en un ámbito territorial concreto es necesariamente limitado, sobre todo a nivel de consultas especializadas y atención hospitalaria. Los costes de entrada (por ejemplo la apertura de un nuevo hospital) y salida son extremadamente altos, no solo económicamente sino también social y políticamente. Esto unido a los problemas de

²² Los argumentos de las tres condiciones no cumplidas por el mercado de los servicios sanitarios se han elaborado según Moreno Fuentes (2013).

asimetría de la información anteriormente señalados, lleva a la inexistencia del equilibrio básico de poder entre proveedor y comprador en el ámbito sanitario.

La tercera condición para el adecuado funcionamiento del mercado sería la inexistencia de *externalidades negativas* derivadas de la falta de acceso de un individuo a un determinado servicio²³.

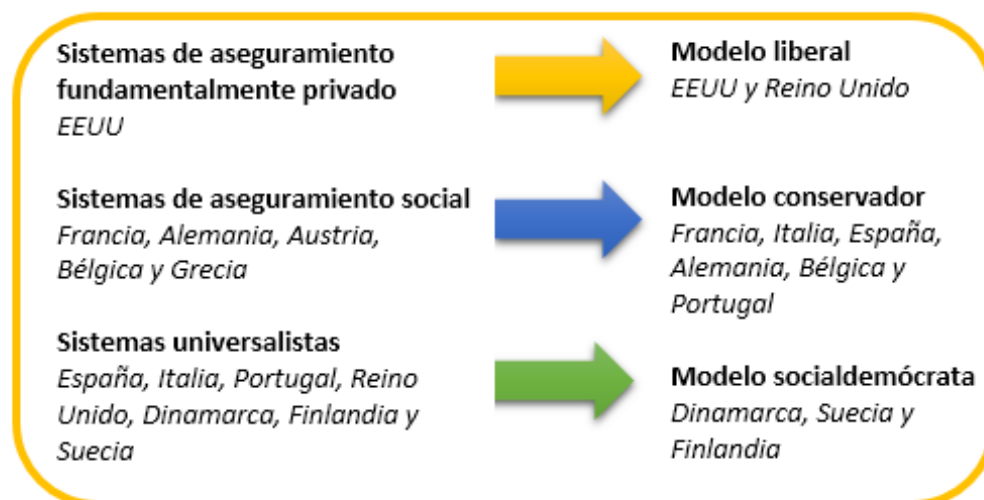
El grave y sistemático incumplimiento de las condiciones necesarias para que el mercado pueda ocuparse de la provisión de servicios sanitarios de modo eficiente y coste-efectivo junto a razones ideológicas y políticas, explica la razón por la que los Estados han intervenido tradicionalmente en este ámbito de política social. El grado de implicación pública y la manera de intervenir en el mercado ha variado enormemente entre países. A continuación se estudiará la estructuración de los sistemas sanitarios atendiendo a unas dimensiones concretas: quién accede a las prestaciones del sistema y en qué condiciones; combinación de recursos públicos y privados; gobernanza del sistema sanitario e intensidad del papel regulador del Estado (Moreno Fuentes, 2013).

Los sistemas sanitarios de los países de la OCDE se pueden agrupar en tres grandes categorías. A su vez, se les vincula con las tipologías de Estado de bienestar de Esping-Andersen (1993), aunque los países pertenecientes a cada categoría de sistema sanitario no coinciden de manera exacta con los pertenecientes a los tipos de estados de bienestar.

El sistema sanitario universal es el que peor se ajusta respecto a las tipologías de regímenes de bienestar, ya que además de incluir a los países del modelo socialdemócrata, incluye también a Reino Unido (perteneciente al modelo liberal en otros ámbitos de protección social) y a los países del sur de Europa (normalmente englobados bajo la categoría específica de regímenes mediterráneos dentro del modelo conservador) (Ferrera, 2010, citado en Moreno Fuentes, 2013).

²³ El ejemplo típico de externalidad negativa en el ámbito sanitario es el de las enfermedades infecto-contagiosas, un individuo que no reciba tratamiento constituye una amenaza para el conjunto de la población.

Figura 8.1. Relación entre modelos de Estado de bienestar, sistemas sanitarios y países que los conforman



Fuente: Elaboración propia a partir de Moreno Fuentes (2013) y MSSSI²⁴.

Seguidamente se analizan las diferentes características de cada tipo de sistema sanitario.

Sistemas sanitarios de aseguramiento fundamentalmente privado

Los países que han desarrollado este sistema sanitario se caracterizan por el importante papel desempeñado por el mercado en el ámbito de la financiación y de la provisión de servicios sanitarios. Sus características principales son la falta de cobertura de importantes segmentos de la población; su alto coste en términos de proporción de riqueza nacional destinado al ámbito sanitario como de porcentaje de gasto público (incentivos que incrementan claramente los costes); y la segmentación de los niveles de cobertura y atención sanitaria en función de la renta y pagos de los pacientes. El caso más destacado es el de Estados Unidos (Moreno Fuentes, 2013).

Sistemas sanitarios de aseguramiento social

Estos sistemas vinculados a esquemas de Seguridad Social (vía participación en el mercado laboral y pago de cotizaciones sociales) limitan el papel del mercado en la financiación de la sanidad, aunque permiten un margen para que actores privados puedan desempeñar un papel en la provisión de servicios sanitarios. Este tipo de sistemas garantiza el aseguramiento sanitario a una importante parte de la población por la vía del

²⁴ Siglas referidas a Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

trabajo, como cotizante o como familiar dependiente del afiliado. En cuanto a las prestaciones sanitarias, estas pueden variar en cantidad y calidad en función del esquema de aseguramiento al que pertenezca el paciente, lo que implica una relativa segmentación del sistema sanitario. El Estado asume el coste del aseguramiento sanitario de aquellos segmentos de la población no cubiertos por el sistema de Seguridad Social, con lo que se expande la cobertura sanitaria a la práctica totalidad de la población. El gasto sanitario en estos países es muy inferior al de los países del modelo privado. Para frenar el crecimiento del gasto, en estos sistemas se introducen mecanismos moduladores de la demanda sanitaria como el pago anticipado de las consultas de atención primaria y especializada con reembolso posterior, copagos o tasa por día de hospitalización. Los ejemplos más claros de este modelo son los países de Europa central, Alemania y Francia (Moreno Fuentes, 2013).

Sistemas sanitarios universalistas

Los principales rasgos definitorios de estos sistemas son la utilización de un criterio de elegibilidad basado en la residencia en el territorio; su financiación mediante impuestos; su acceso gratuito; y el papel central del Estado en la gobernanza del sistema (regula, planifica, gestiona y supervisa). Incluyen prácticamente a la totalidad de la población bajo la cobertura del sistema sanitario público, con lo que se resuelve uno de los principales problemas de los dos modelos anteriores. Aunque hay diversas variaciones entre los países englobados en esta categoría, el modelo universalista reduce sustancialmente el margen de segmentación para la atención primaria en función de la renta o el estatus social de los pacientes. El National Health Service (NHS) británico constituye el modelo en el que se han inspirado los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) de naturaleza universalista establecidos en los países escandinavos y del sur de Europa, entre los que está incluido España (Moreno Fuentes, 2013).

Tabla 8.1. Características de los diferentes tipos de sistemas sanitarios

Características Tipos	Aseguramiento fundamentalmente privado	Aseguramiento social	Universalistas
Papel del mercado	Importante. Financia y actúa como proveedor	Limitado. Financia.	Limitado. Solo bajo supervisión del Estado para mejorar eficiencia.
Papel del Estado	Regulador	Regulador. Financia. Proveedor.	Regula, planifica, gestiona y supervisa los diversos niveles de atención. Papel central del Estado.
Cobertura	Falta de cobertura para importantes segmentos de población	Casi total (vía trabajo y vía Estado)	Total. Basada en la residencia en el territorio
Financiación	Privada	Cotizaciones sociales obligatorias de trabajadores y empresarios	Impuestos
Segmentación	Alta. En función de la renta de los pacientes.	Media. En función del estatus sociolaboral ²⁵ del paciente.	Baja. Apenas se tiene en cuenta la renta o el estatus social del paciente.

Fuente: Elaboración propia.

9. ANTECEDENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

El origen del sistema sanitario público español se sitúa a principios del siglo XIX con la creación de los servicios de salud pública y la atención sanitaria pública de la Beneficencia. Antes de la primera mitad del siglo XX, España solo daba cobertura sanitaria pública gratuita a los pobres oficiales (inscritos en el padrón municipal de la Beneficencia).

A principios del siglo XX, ocurrieron dos hitos importantes en el desarrollo del sistema sanitario español: la consolidación de la red sanitaria rural y la introducción de los seguros sociales modernos a partir de los años 30 (Rico, Freire y Gervás, 2007). En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad vinculado a cuotas obreras. Este

²⁵ Referido a la interrelación de diversos aspectos del trabajo y la vida.

seguro servía para cubrir riesgos sanitarios y prestar servicios médicos y farmacéuticos para restablecer la salud de los beneficiarios. Los resultados de la implantación de este seguro son: el desarrollo de hospitales en los núcleos urbanos más importantes; falta de definición de los métodos de financiación; falta de coordinación debido a la multiplicidad de organismos e instituciones con competencias sanitarias; y la existencia de tres redes colectivas de asistencia dependientes del Estado, la Seguridad Social, las corporaciones locales, los Ministerios de Defensa y Justicia y varias ONG como Cruz Roja (Macía y Moncho, 2007).

Esta ley obedece a las mismas causas sociales y políticas que motivaron la promulgación de sus precedentes en la Alemania de Bismarck o en la Inglaterra de Lloyd George, la intención de la derecha política por atraerse las voluntades de los trabajadores. De esta forma se puede apreciar la pretensión de lograr legitimación y cierto apoyo de la clase trabajadora española, hostil al régimen salido de la guerra civil (Masset, Saéz y Martín, 1995).

Durante los años 40 y 50, el sistema de asistencia sanitaria pública para personas desfavorecidas continuó siendo, en gran medida, marginal en términos de cobertura de la población y extensión de las prestaciones²⁶. En la década de los 60, el sistema de seguridad social desarrolló una extensa red de centros y servicios públicos dedicados a la medicina general, la atención especializada y la asistencia hospitalaria. Esta actividad culminó con la creación de una amplia red de hospitales públicos durante los años 60 y 70.

Durante los comienzos de la transición, a finales de los 70, los primeros gobiernos democráticos tuvieron que afrontar diversos problemas, los cuales se enumeran a continuación:

- 53 departamentos de distintos ministerios tenían responsabilidades sanitarias en la administración central, lo que implicaba una deficiente coordinación y una organización inadecuada.
- La atención primaria y la prevención presentaban un grave retraso y estaban separadas de las principales redes de asistencia sanitaria.

²⁶ Como ejemplo, en 1942 el sistema público de seguro daba cobertura al 20% de la población, en 1950, al 30% y en 1960, al 45%. Con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967, se inició la ampliación de la cobertura a los profesionales autónomos y a los funcionarios con titulación. Como consecuencia, el porcentaje de población con cobertura ascendió del 53,1% en 1966 al 81,7% en 1978.

- La distribución geográfica de las estructuras y los recursos sanitarios eran muy desiguales, con un claro sesgo desfavorable a las zonas menos acomodadas del país y al ámbito rural.
- La cobertura sanitaria no era universal y existían graves desigualdades entre los tres grupos de población resultantes: los más necesitados (con un acceso restringido a la red de beneficencia, que también era limitada), el grueso de los trabajadores asalariados (con cobertura de la red de la Seguridad Social) y las clases altas (que en su mayoría acudían al sistema privado de atención sanitaria, sobre todo para la atención primaria y preventiva).

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social gestionó a través del Instituto Nacional de Previsión (INP) la asistencia sanitaria de la Seguridad Social entre 1942 y 1977.²⁷

La gestión de las redes públicas de centros y servicios sanitarios correspondió al Instituto Nacional de previsión desde 1942 hasta 1978, mientras que desde ese año y hasta 2002 estuvo en manos del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), máxima autoridad en la gestión de la asistencia sanitaria en el país, pese a que dependía jerárquicamente del Ministerio correspondiente.

En 1977 todos los programas, departamentos y centros sanitarios se integraron bajo la responsabilidad del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. La Constitución de 1978 consagró el derecho de todos los españoles a la protección de la salud y estableció un nuevo marco organizativo basado en las regiones. Los objetivos constitucionales básicos se definieron como el reconocimiento del derecho de todos los españoles a un medio ambiente saludable y servicios sanitarios públicos adecuados; la definición de la división territorial de competencias en el ámbito de la salud pública y la asistencia sanitaria; y la consecución de la equidad en la distribución territorial de los recursos sanitarios, así como en el acceso a la asistencia sanitaria. En última instancia, esto permitió que se estableciera la cobertura universal y una significativa descentralización del sistema sanitario, que se puso en práctica progresivamente. Los primeros pasos dados por el gobierno central fueron los siguientes:

- En 1978 se introdujo la medicina de familia y comunitaria como una especialidad separada en el programa selectivo de médicos internos residentes (MIR) nacional.

²⁷ Esta parte de la evolución histórica está elaborada a partir de Carnicero (2010).

- En 1979 la responsabilidad de la administración sanitaria se otorgó a un organismo independiente, el INSALUD, de carácter nacional y dependiente del Ministerio de Sanidad.
- Se pusieron en marcha las primeras fases del proceso de descentralización a las regiones.

Estas reformas prepararon el terreno para la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, por la que se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), analizado en el apartado diez de este trabajo de una manera más extensa. Esta Ley fue aprobada por el primer gobierno socialista de la democracia (1982–1986) y supuso la transición formal de un sistema de seguridad social a un servicio nacional de salud, con una transición progresiva del modelo de financiación mediante cotizaciones a la Seguridad Social a un modelo financiado fundamentalmente mediante los impuestos generales. La excepción fueron tres mutualidades con financiación pública: MUFACE, MUGEJU e ISFAS²⁸, a las que pueden acceder exclusivamente los funcionarios públicos y que tienen un estatus cuasipúblico²⁹ especial.

Desde finales de los años 80 y durante la década siguiente, se fueron llevando a cabo poco a poco la mayoría de las reformas prescritas por la Ley General de Sanidad de 1986. Los años posteriores se estima oportuno analizarlos en los dos apartados siguientes (*El Sistema Nacional de Salud en España y La crisis y el Sistema Nacional de Salud*) de una manera más minuciosa.

10. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

Para entender la actualidad del Sistema Nacional de salud en España, se sintetizan a continuación las principales referencias legislativas que hay que tener en cuenta.

En primer lugar, el marco legal en el que se inspiran las actuaciones en materia sanitaria y su organización se establece en la Constitución Española aprobada en 1978. En el artículo 43 de la misma se reconoce el derecho a la protección de la salud y se otorga

²⁸ Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial e Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

²⁹ Organización de la atención sanitaria de forma privada pero con interés público.

la responsabilidad y la competencia para “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (Constitución Española, 1978) a los poderes públicos.

El otro gran e importante eje legislativo para entender la estructura sanitaria española es la Ley General de Sanidad española de 1986. Los aspectos más relevantes recogidos en la LGS se concretan en: financiación pública de la asistencia a través de impuestos; acceso universal para todos los ciudadanos; gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas; definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos; descentralización de competencias sanitarias en las CCAA; prestación de atención integral a la salud con niveles de calidad adecuados y controlados; y coordinación interterritorial garantizada (Macía y Moncho, 2007). Esta ley tuvo escasos efectos inmediatos, pero años después de su aprobación se produjeron importantes movimientos hacia la creación de un servicio nacional de salud. Los altos niveles de cobertura sanitaria y el ciclo positivo de la economía en la segunda mitad de los 80 facilitaron la puesta en práctica de la reforma (Guillén, 2006:15).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es, por lo tanto, “el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos” (MSSSI, 2012:6).

En los próximos apartados se desglosará una serie de características del SNS español para intentar dar una amplia visión del mismo.

10.1. Estructura organizativa. La descentralización.

La descentralización se ha convertido en una estrategia de organización y gestión adoptada frecuentemente en varios sistemas de atención sanitaria europeos. En muchos países europeos, incluido España, la descentralización se ha visto como una estrategia progresiva de organización y gestión del sistema sanitario, incorporando elementos de control local más democráticos, con el propósito de mejorar la eficacia en la gestión de recursos financieros y humanos (Bankauskaite, Dubois y Saltman, 2004). Pocas regiones

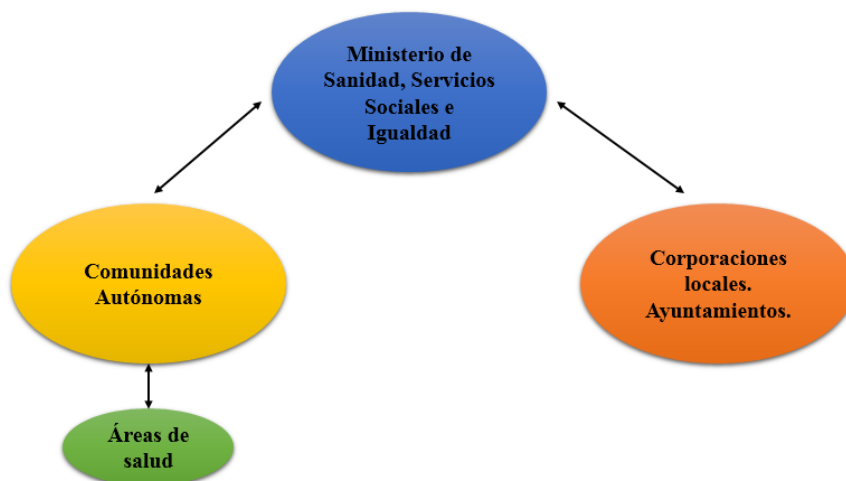
poseen en el mundo un grado de poder de gobierno en sanidad semejante al de las Comunidades Autónomas españolas, con la excepción de las provincias canadienses (Rico *et al.*, 2007).

Según definiciones ampliamente aceptadas en la literatura académica, la descentralización es “la transferencia de la autoridad y del poder de la planificación pública, la gestión y la toma de decisiones desde los niveles más altos a los más bajos de gobierno o usualmente desde niveles nacionales a regionales” (Boiser, 2007: 37). A su vez, la descentralización está vista como un proceso político y administrativo que aporta beneficios estimulando la mejora de la eficiencia y la efectividad de la prestación de los servicios sanitarios (Bankauskaite *et al.*, 2004).

Desde una perspectiva económica, se ha argumentado que la descentralización aumenta la mejora de la gobernabilidad y de la prestación del servicio público en base a los siguientes conceptos: *eficiencia distributiva*, aplicando los servicios públicos a las necesidades locales; y *eficiencia técnica*, con menores niveles de burocracia y un mejor conocimiento de los costes locales (Hood, 1991, citado en Bankauskaite *et al.*, 2004: 3).

Los niveles organizativos generales del sistema sanitario español interactúan de la siguiente manera:

Figura 10.1. Niveles organizativos generales del sistema sanitario español



Fuente: elaboración propia a partir de Esteban y Arias (2016)

En cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud que dirige todas las instituciones de la propia Comunidad, Diputación y ayuntamientos, cada servicio de salud comunitario se divide en zonas geográficas, las áreas de salud, las cuales forman una estructura fundamental del sistema sanitario. Cada una de estas áreas se responsabiliza de la dirección de las instituciones sanitarias de su zona geográfica, de la atención sanitaria y de los programas de salud que en ella se desarrollan.

La distribución constitucional de competencias sanitarias asignó al Estado, como en otros muchos sectores, la dirección de los aspectos básicos y su coordinación. Por ello, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en coherencia con nuestro estado autonómico, dio respuesta a esas previsiones atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas. Se creó en cada Comunidad Autónoma un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y otras Administraciones territoriales e intracomunitarias, gestionados bajo el respectivo Gobierno regional (Esteban y Arias, 2016: 69).

La LGS determinó como unidad organizativa básica el área de salud, órgano desconcentrado por demarcaciones y especializado, sin prejuzgar la organización de los servicios públicos sanitarios, que la mayoría de las Comunidades Autónomas atribuyeron a entidades de Derecho público sujetas al Derecho administrativo³⁰. Por el contrario Cataluña, El País Vasco, Madrid y Murcia han optado por entidades públicas empresariales o equivalentes donde, con diversas denominaciones y matices, se encuadran dentro de los entes públicos que se somete al derecho privado (Esteban y Arias, 2016: 70).

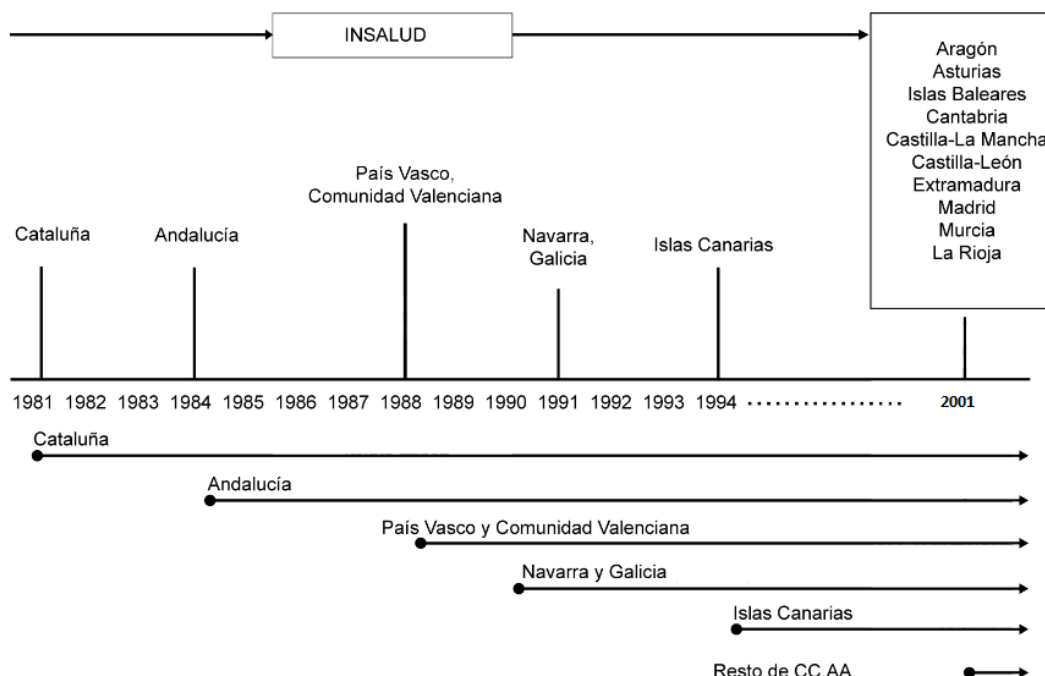
Los traspasos de competencias sanitarias siguieron un peculiar proceso que duro 20 años, desde que Cataluña asumió sus responsabilidades con la salud en 1981, cinco años antes de promulgarse la Ley General de Sanidad, hasta que las diez últimas Comunidades fueron “desprendidas” del INSALUD el uno de enero de 2002,

³⁰ Servicio Andaluz de Salud, Servicio Aragonés de Salud, Servicio Canario de Salud, Servicio Cántabro de Salud, Servicio Extremeño de Salud, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Servicio Gallego de Salud, Servicio de Salud de Castilla- La Mancha, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Servicio Riojano de Salud, el Servicio de Salud del Principado de Asturias y el Servicio de Salud de las Illes Balears.

simultáneamente al estreno del nuevo modelo de financiación autonómica. (Ruiz-Huerta y Granado, 2003, citado en González, 2004).

La figura 10.2. es muy ilustrativa al mostrar como las transferencias sanitarias se realizaron de forma heterogénea y por goteo, Cataluña las recibió en 1981, Andalucía en 1984, el País Vasco y Comunidad Valenciana en 1988, Navarra y Galicia en 1991 y Canarias en 1994. El resto de Comunidades adquirieron las transferencias a partir de la disolución en 2001 del INSALUD, únicamente Ceuta y Melilla siguen siendo gestionadas por un organismo, el INGESA, dependiente del Ministerio de Sanidad (Antón *et al.* 2010).

Figura 10.2. Cronología de la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.



Fuente: elaboración propia a partir de Carnicero (2010) y Antón *et al.* (2010).

A continuación se enumeran una serie de ventajas y desventajas de los sistemas sanitarios descentralizados³¹. En primer lugar, las principales ventajas son:

- La posibilidad de adecuar las prestaciones a las preferencias específicas de la población de cada Comunidad, mejor información de las autoridades sanitarias sobre las prestaciones, y mayor flexibilidad a la hora de ajustar la oferta sanitaria a las demandas de la población (Magnussen, 2007, citado en Antón *et al.*, 2007)

³¹ Elaboradas a partir de Antón *et al.* (2010), González (2004) y Moreno Fuentes (2013).

- El menor tamaño de las instituciones debería facilitar la gobernabilidad de las mismas, los mecanismos de participación y los procesos de rendición de cuentas.
- La presencia de 17 Consejeros de Sanidad uno por cada Comunidad Autónoma, en el caso de España, con ideas distintas sobre la forma de mejorar la organización del sistema sanitario facilitará la puesta en marcha de formas alternativas de organización que servirán como experimentos de los que todos podrán aprender.

En último lugar, las desventajas más evidentes serían:

- El aumento de los costes de gestión por la multiplicación de parte de las estructuras administrativas.
- La posibilidad de aparición de entidades regionales de gestión con un tamaño inferior al óptimo. Muy relevante en el caso español debido al tamaño tan diferente de las Comunidades Autónomas.
- Aumenta el riesgo de inflación sanitaria. Los salarios aumentan más porque es más fácil negociar localmente y porque las negociaciones en cada Comunidad Autónoma parten de los máximos conseguidos en las demás.
- Efectos negativos sobre la equidad del sistema sanitario. Las Comunidades Autónomas realizan esfuerzos distintos, o con distinta fortuna, en materia de atención sanitaria. Estos efectos negativos dan lugar a la aparición de mayores diferencias salariales y de condiciones de trabajo en comparación con los sistemas centralizados (Kolehmainen-Aitken, 2004, citado en Antón *et al.*, 2010).

10.2. Cobertura sanitaria. La universalización³².

La característica esencial del modelo sanitario español es su universalidad, y el SNS en la actualidad sigue sin ser universal, sigue sin ser el sistema sanitario de todos, aunque todos contribuyamos a financiarlo (como se explica posteriormente). El hecho de que la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social dé cobertura a casi un 95% de la población y que el uso de los servicios sanitarios públicos sea universal de *facto*, permite hablar del SNS como una realidad. Al menos un cinco por ciento de los ciudadanos tiene coberturas distintas a las del régimen general y aproximadamente un 0,3 por ciento puede

³² Según Sevilla (2006), la universalización es entendida como la obligación del SNS de atender a todos aquellos ciudadanos que solicitan sus servicios, con independencia de que formalmente tengan reconocido el derecho.

carecer legalmente de cobertura sanitaria pública directa, aunque pueda acceder a los servicios públicos por diferentes mecanismos (Sevilla, 2006).

Tabla 10.1. Asegurados y Beneficiarios

¿Quiénes tienen la condición de asegurados?	¿Quiénes pueden ser beneficiarios?
Trabajadores por cuenta ajena o propia afiliados a la Seguridad Social	El cónyuge o pareja de hecho de los asegurados
Pensionistas de la Seguridad social	El excónyuge o persona separada legalmente con derecho a pensión compensatoria
Perceptores de la prestación y subsidio de desempleo o similares	Los descendientes y personas asimiladas a cargo del asegurado menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65% y acogidos de hecho
Desempleados que hayan agotado la prestación o el subsidio por desempleo y estén inscritos como demandantes de empleo	
Los menores de edad sujetos a tutela administrativa	
Receptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social	
Personas de nacionalidad española, nacionales de otros países de la UE, Espacio Económico Europeo o suiza residentes en España	
Extranjeros titulares de autorización de residencia en vigor, siempre que no superen los 100 000 €/año	

Fuente: elaboración propia a partir de OCU (2015).

Pese a que el SNS es esencialmente universalista desde la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, las herencias institucionales persisten a día de hoy traducidas en unas relaciones relativamente ambiguas entre el SNS y el sistema de Seguridad Social (SS). Si bien el proceso general se ha encaminado hacia una clara separación entre ambos, materializada en la tendencia a garantizar la cobertura del sistema sanitario a toda persona residente en el territorio (independientemente de su nivel de renta y situación administrativa), existen determinadas opciones políticas que pretenden mantener un cierto grado de subordinación funcional del SNS a la Seguridad Social (Moreno Fuentes, 2013). Este es el caso de la Ley General de Salud Pública, que entró en vigor en enero de 2012; se planteó como el paso definitivo hacia la universalización de la sanidad española, desvinculando de modo más claro el acceso a las prestaciones del SNS de la afiliación a

la SS. Sin embargo, el Real Decreto Ley 16/12 aprobado unos meses más tarde, recupera la figura del *asegurado* a la hora de definir el criterio básico de elegibilidad a las prestaciones del SNS y refuerza el papel de la SS en la comprobación del derecho de acceso al sistema sanitario público, al tiempo que expulsa a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años del sistema, dando un paso atrás en la consolidación de un SNS de naturaleza universalista (Moreno Fuentes, 2013). Con todo ello, pasamos de un modelo universalista basado en el concepto de ciudadanía (recibían atención sanitaria las personas residentes en territorio español), a un modelo basado en el concepto de asegurado y beneficiario.

La tabla 10.1. contiene los requisitos que debe cumplir una persona para tener la condición de asegurado o bien para ser beneficiario de un asegurado. Por otro lado, en la tabla 10.2. se establecen distintos casos referentes a la cobertura: si eres español, extranjero, con discapacidad o si eres mayor de 26 años no asegurado ni beneficiario.

Tabla 10.2. Cobertura sanitaria según diferentes casos personales

Extranjero	Español	Mayor de 26, no asegurado y no beneficiario	Discapacitado
Como ciudadano de un país de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o Suiza residente en España, siempre que se tengan ingresos inferiores a 100.000 euros, se tendrá derecho a asistencia sanitaria pública.	Excluidos los ciudadanos españoles que, sin ser asegurados o beneficiarios, tengan unos ingresos anuales superiores a 100.000 euros.	No afiliación a la Seguridad Social, no pensionista, ni se cobra paro y no eres demandante de empleo, para solicitar el aseguramiento hay que dirigirse a las oficinas de la SS y declarar que se carece de recursos.	Grado de discapacidad igual o superior al 33 %: derecho a asistencia sanitaria y a prestación farmacéutica. (Aunque no seas ni asegurado ni beneficiario)
Asilado político con residencia autorizada en territorio español.	Excluidos los desempleados españoles emigrantes que hayan agotado la prestación y los subsidios por desempleo, y que se ausenten del país más de 90 días en un año.	Si se tiene la tarjeta sanitaria como beneficiario de una persona asegurada, el derecho se reconoce automáticamente.	
Víctima de trata de seres humanos, durante el periodo de restablecimiento y reflexión.			

Si se requiere atención sanitaria urgente por enfermedad grave o accidente, atención al embarazo, parto y posparto.

Menores de 18 años.

Fuente: elaboración propia según OCU (2015).

Esta Ley General de Sanidad impuesta en el año 2012 y las medias complementarias a la misma, regularon de manera novedosa la cobertura del SNS. Su objetivo principal, tras mermar el número de personas con acceso a las prestaciones del SNS, era reducir el déficit público y hacer sostenible financieramente el sistema sanitario público español (Rodríguez Cabrero, 2014).

Según Abellán (2013) se puede afirmar que la estimación ministerial del ahorro que produce la denegación de la asistencia sanitaria pública a los inmigrantes en situación irregular es incompleta, ya que no tiene en cuenta los posibles costes epidemiológicos.

10.3. Financiación de la sanidad pública.

La asistencia sanitaria en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de impuestos (Jiménez-Martín, 2014). La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles, cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud (Alfaro, 2010). Desde el año 2002, la asistencia sanitaria está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma (Secretaría de Estado y comunicación, 2016).

La financiación del gasto sanitario público realizado por las Comunidades Autónomas recae en la totalidad de sus fuentes de ingresos. El principio de no afectación de los ingresos públicos, hace que esta importante porción del gasto público se financie con el presupuesto general de cada Comunidad sin que existan partidas específicas de financiación (Abellán, 2013: 205).

Este modelo de financiación de las Comunidades Autónomas adolece desde su origen de un grave problema de equidad³³. El origen del problema está en la dualidad *régimen común/régimen foral*³⁴, la cual se traduce en una situación de privilegio de las comunidades forales, tanto por lo que atañe a la autonomía fiscal como a lo que respecta a su suficiencia financiera. En el seno de las Comunidades Autónomas que comparten el régimen de financiación común, no ha tenido lugar la convergencia deseable en cuanto a financiación per cápita, pese a las sucesivas reformas abordadas (Abellán, 2013: 328).

10.3.1. El copago sanitario ³⁵

El copago sanitario es aquella parte de un servicio o producto sanitario que el paciente tiene que pagar directamente. En España hay presencia de copago solo en medicamentos. No hay copago en: atención primaria, atención especializada, hospitalización ni en servicio de urgencias (Navarro, 2012, citado en Abellán, 2013). Los medicamentos son, en los países de la Unión Europea, la prestación que con mayor frecuencia es objeto de aplicación de copago. El más común es el proporcional al coste del medicamento, englobado dentro de la categoría de *copago farmacéutico*³⁶.

Tabla 10.3. Evolución del copago farmacéutico en España (1966-Actualidad)

Periodo	Tasa de copago y exenciones
Diciembre de 1966 - abril de 1978	Precio medicamento < 30 ptas: copago 5 ptas. Precio medicamento > 30 ptas: copago 10%. (máximo copago de 50 ptas)
Abril de 1978 - enero de 1979	Pensionistas exentos. 20% de copago para los trabajadores y sus beneficiarios.
Enero de 1979 - septiembre de 1980	Pensionistas exentos. 30% de copago para trabajadores y sus beneficiarios.

³³ Entendida esta en términos de suficiencia relativa, es decir en términos per cápita de igualdad.

³⁴ Las Comunidades Autónomas de régimen foral son País Vasco y Navarra. La principal diferencia entre el *régimen foral* y el *común* radica en que, mientras que el segundo otorga una competencia limitada a las comunidades en la gestión de la recaudación de los principales impuestos del sistema fiscal (que, con excepciones, comparten con la Administración del Estado), el primero atribuye a las haciendas forales competencias normativas y de gestión en la totalidad de los tributos que integran el sistema fiscal español.

³⁵ Elaborado a partir de Benach, Muntaner, Tarafa y Valverde (2012) y Abellán (2013).

³⁶ Los sistemas de copago existentes en los distintos sistemas sanitarios, se pueden englobar en tres categorías no excluyentes entre sí. La primera la forman los países que cobran al paciente una cantidad fija por prescripción, el copago proporcional al coste del medicamento y el copago basado en cantidades deducibles junto con un copago proporcional para el exceso de gasto.

Septiembre de 1980 - julio de 2012	Pensionistas exentos.		
	10% de copago para los enfermos crónicos. 40% de copago para los trabajadores.		
Julio de 2012- Actualidad		Activos	Pensionistas
	Rentas < 18000€	40%	10% máx. 8€/mes
	18000€ ≤ rentas < 100000€	50%	10% máx. 18€/mes
	Rentas ≥ 100000€	60%	60% máx. 60€/mes

Fuente: elaboración propia a partir de Abellán (2013) y Consejo económico y social de la región de Murcia. CESRM (2012).

Como se muestra en la tabla 10.3, el copago en el ámbito de los medicamentos dispensados mediante receta oficial en oficinas de farmacia fue instaurado en España en 1966. Dicho copago ascendió inicialmente a 5 pesetas, para ser reemplazado en 1978 por un copago porcentual del 20% del PVP del fármaco. Fue modificado de nuevo en 1979, fecha en que se incrementó este porcentaje hasta el 30%, para más adelante, en 1980 fijarse en el 40%, vigente hasta la entrada en vigor de la reforma introducida en el Real Decreto Ley 16/12. A su vez, los pensionistas y enfermos crónicos no estaban sujetos a estos porcentajes generales. Otra excepción era la constituida por los afiliados al mutualismo administrativo (funcionarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS), que afrontan un copago del 30% con independencia de estar en activo o no. En la tabla 10.4 se incluye la nueva estructura y el cambio significativo que ha experimentado el copago a partir del año 2012. El nuevo sistema de copago diferencia, como antes, entre pensionistas y no pensionistas, estableciendo límites máximos de desembolso mensual para los pensionistas. En ambos casos se asocian los porcentajes del copago con el nivel de renta, distinguiéndose tres intervalos de renta. Las aportaciones en el caso de las personas activas (40%, 50% y 60% del PVP) no están limitadas; en el caso de los pensionistas sí. Al mismo tiempo, el Real Decreto Ley contempla la exención completa de los usuarios y beneficiarios que pertenezcan a las siguientes categorías: afectados de síndrome tóxico y discapacitados en los supuestos contemplados en su normativa específica; personas perceptoras de rentas de integración social; personas perceptoras de pensiones no contributivas; parados que han perdido el derecho a recibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; y los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Las ventajas que los políticos conservadores utilizan para justificar la necesidad de introducir nuevos copagos o ampliar los existentes tienen que ver con dos tipos de justificaciones basadas en la economía y la disuasión.

En primer lugar, el argumento económico señala que si los enfermos pagan directamente una parte de los servicios o productos consumidos se reducirá el uso excesivo e injustificado de servicios. En realidad, como la atención sanitaria pública ya ha sido pagada vía impuestos se debería de hablar de *repagos*. El copago reduce el uso de servicios sanitarios efectivos e inefectivos, ya sea en visitas médicas, prescripciones farmacéuticas, hospitalizaciones o servicios preventivos. La evidencia disponible apunta también a que el copago puede producir un ahorro en el gasto sanitario en algunos aspectos pero aumentar en otros³⁷. Además, los costes administrativos del copago son elevados, y en la inmensa mayoría el posible “ahorro” producido sería una cuantía relativamente pequeña en comparación con el gasto sanitario total.

En segundo lugar, el argumento de la disuasión apunta que obtener servicios gratuitos induce a un mayor consumo o incluso a un “abuso” del sistema sanitario. Con el copago se supone que el paciente toma más conciencia del coste adquiriendo una mayor responsabilidad y valorando más los servicios consumidos lo que moderaría su demanda. Ese razonamiento se enfrenta a varias objeciones. Primera, no es un dato constatado ni generalizable que tal abuso exista³⁸. Segunda, aún y cuando existiera un exceso de consumo este no cabe necesariamente imputarlo a la responsabilidad directa del individuo. “Culpabilizar” al enfermo de su consumo sanitario diluye la responsabilidad de las autoridades sanitarias y de los profesionales de la salud. Cabe no olvidar que tras el primer contacto que el paciente demanda al médico, es este quien genera las siguientes acciones sanitarias. Y tercera, el origen de la falta de educación sanitaria de muchas personas se relaciona con el desarrollo de un modelo sanitario franquista, muy influido por las estrategias de la industria farmacéutica y caracterizado por ser individualista, curativo, basado en la *farmacodependencia*, *tecnofilia* y *hospitalocentrismo* (es decir, en

³⁷ Un estudio ha mostrado el incremento de copagos en pacientes de más de 65 años redujo la atención ambulatoria pero incrementó el número de hospitalizaciones, en especial en los pacientes en peor situación socioeconómica y con enfermedades crónicas (Trivedi, 2010, citado en Benach *et al.*, 2012)

³⁸ Aunque es cierto que en España la frecuencia anual de visitas al médico per cápita es elevada, muchas de esas visitas responden a necesidades administrativas o a las realizadas por otros profesionales de la salud, cuando estas se descuentan el número de visitas puede ser incluso menor al promedio europeo.

el excesivo consumo y mal uso farmacéutico, tecnológico y hospitalario), todo lo cual ha contribuido a crear una excesiva medicalización de la salud y un elevadísimo gasto farmacéutico.

En contraposición a las ventajas del copago defendidas por los conservadores, gran parte de la literatura progresista especializada³⁹ expone que el copago es ineficaz, injusto e inequitativo, un “impuesto al enfermo”. No aumenta la eficiencia del sistema, pero en cambio aumenta la inequidad. El copago tiene efectos negativos sobre la equidad ya que representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios para las clases sociales más pobres y con menos recursos, entre quienes se incluyen inmigrantes, niños, ancianos y discapacitados que padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud. Con argumentos tan débiles a su favor, cabe preguntarse el porqué de ese interés por promocionar la implantación o ampliación del copago. La razón principal es que el copago juega cuatro papeles esenciales: mercantilizar la atención sanitaria convirtiéndola en una mercancía más en lugar de derecho social; deteriorar el sistema sanitario público “culpando al enfermo” en lugar de a las autoridades políticas y al poder económico; favorecer a los seguros privados, ya que comparativamente se vuelven más baratos y se pueden articular seguros privados que cubran los copagos; y distraer, tapando o minimizando temas sanitarios clave como son la notable subfinanciación de la sanidad pública, la falta de eficiencia del sistema, o la propia mercantilización y privatización de la sanidad.

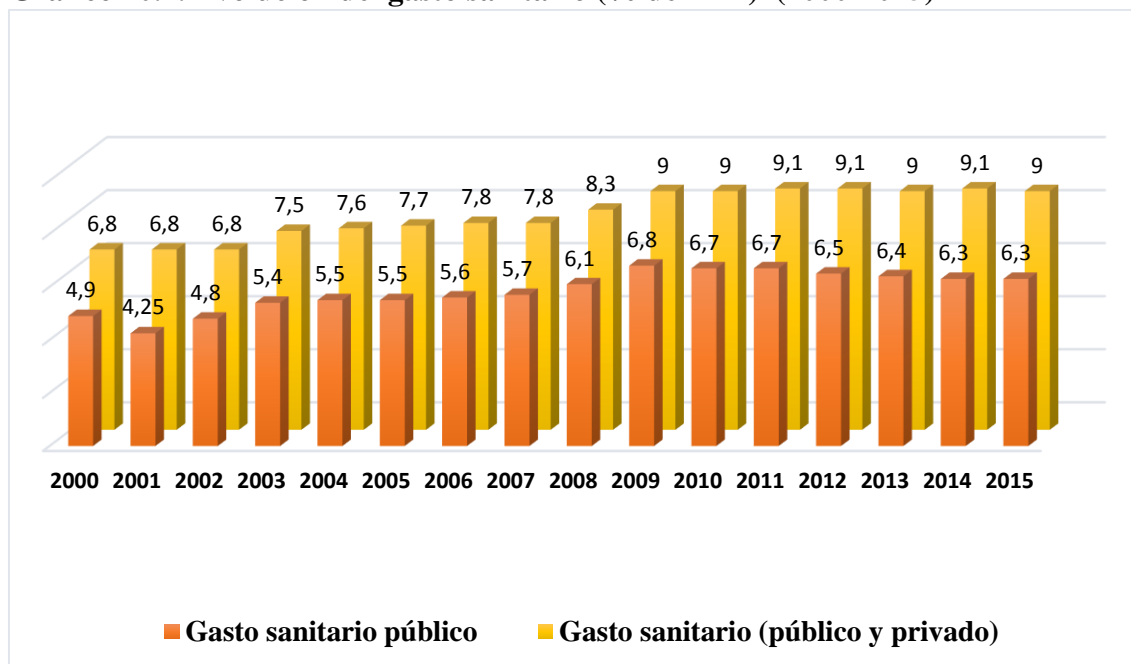
10.4. El gasto público sanitario

El gasto sanitario público se ha mantenido en torno al 70% del gasto total en sanidad durante el periodo 2000-2015. En los últimos años, el gasto sanitario⁴⁰ como porcentaje del PIB, ha aumentado en gran medida. Y ello no tanto porque haya crecido la partida de gasto sanitario, sino porque el PIB no ha crecido e incluso ha decrecido (Jiménez-Martín, 2014).

³⁹ Esta idea es defendida en Sanchez Bayle (2010), Navarro (2009) y Benach *et al.* (2012).

⁴⁰Incluyendo gasto sanitario tanto público como privado.

Gráfico 10.1. Evolución del gasto sanitario (% del PIB) (2000-2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en *OECD statistics*.

En el periodo 2010-2013, el esfuerzo de reducción del gasto público alcanzó un 12% del existente en 2009, año en el que se había situado su máximo histórico. Sin embargo, ni todas las Comunidades Autónomas, ni todos los servicios, ni todos los capítulos de gasto se han visto igualmente afectados (Bandrés y González, 2016).

10.4.1. Clasificación económica del gasto sanitario público.

Para ver la evolución reciente de esta clasificación se han elegido los últimos cinco años con datos oficiales disponibles (periodo 2010-2014). Seis son los criterios utilizados: remuneración de personal; consumo intermedio⁴¹; depreciación del capital fijo; conciertos⁴²; transferencias corrientes y gasto de capital.

⁴¹Entendiéndose como el valor de los bienes y servicios que se utilizan como inputs en el proceso de producción de nuevos productos.

⁴²Son los suscritos entre la administración sanitaria y las entidades privadas titulares de centros o servicios sanitarios.

Tabla 10.4. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación económica. (Millones de euros) (2010-2014)⁴³

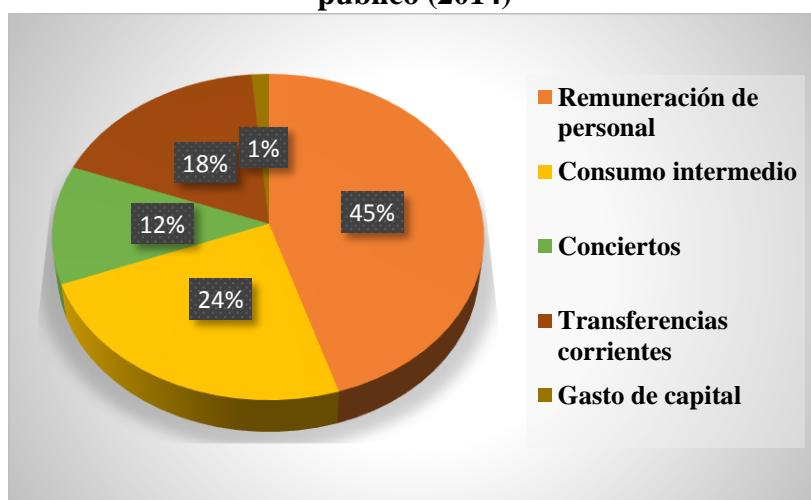
	2010	2011	2012	2013	2014
Remuneración del personal	31.929	30.360	27.312	26.739	26.888
Consumo intermedio	14.668	15.247	15.642	13.963	14.184
Depreciación del capital fijo	293,08	307	287	273,37	257,39
Conciertos	7.788	7.541	7.222	6.904	6.960
Transferencias corrientes	14.663	13.079	11.097	10.703	10.598
Gasto de capital	2.275	1.500	1.046	818,18	831
TOTAL	71.617	68.034	62.607	59.401	59.718

Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del INE y de Lillo y Rodríguez (2016).

Para contrastar las distintas partidas de gasto primeramente se ha pasado de precios constantes a corrientes para obtener datos comparables entre sí. Se observa que la remuneración del personal es la partida que más gasto absorbe. Siendo en el año 2014 el 45% del total. Por orden de importancia, le siguen los gastos de consumo intermedio, los gastos en transferencias corrientes y los gastos en compras al sector privado en forma de conciertos (Ver gráfico 10.2.). Son significativas las bajadas en las partidas de gasto de capital y transferencias corrientes. La disminución en gastos de capital se deja aparte ya que presenta problemas en la estimación debido a la estacionalidad y la variabilidad tanto en los gastos de consumo como en los de inversión. En cuanto a las transferencias corrientes la disminución del 2014 respecto al 2010 es de aproximadamente un 27 por ciento, teniendo su bajada más drástica del año 2010 al 2011.

⁴³ Se ha deflactado la tabla anterior para eliminar el efecto que tienen los cambios en los precios sobre las diferentes partidas del gasto sanitario. Para deflactar se han utilizado las medias anuales del IPC con base 2011 obtenidas del INE para cada periodo. Las medias del IPC para cada año son las siguientes: 2010 → 96,9; 2011 → 100; 2012 → 102,4; 2013 → 103,9 y 2014 → 103,7.

Gráfico 10.2. Porcentajes de las partidas más importantes de gasto sanitario público (2014)

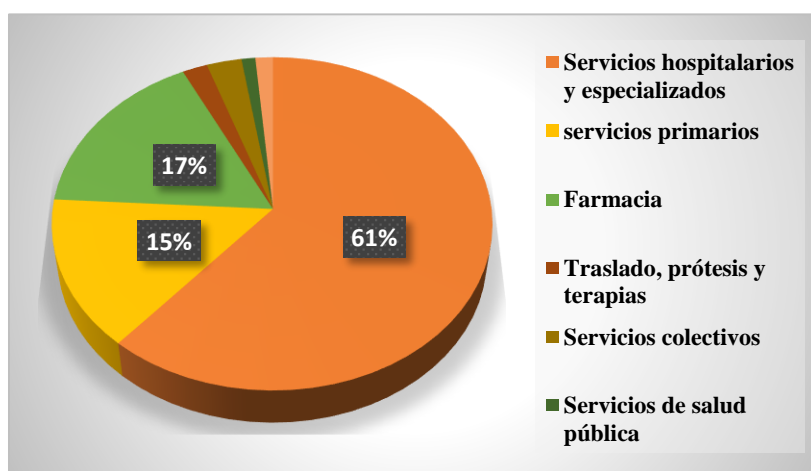


Fuente: elaboración propia a partir de Lillo y Rodríguez (2016).

10.4.2. Clasificación funcional del gasto sanitario público

Para ver la evolución reciente de esta clasificación se han elegido los últimos cinco años con datos oficiales disponibles (periodo 2010-2014). La función que mayor peso tiene respecto a la asistencia pública prestada, es la de los servicios hospitalarios especializados (representando el 61,4% del gasto total en 2014). También cabe destacar el gasto farmacéutico (16,8%) y los servicios primarios de salud (14,6%).

Gráfico 10.3. Porcentajes de las partidas más importantes respecto al tipo de asistencia prestada (2014)



Fuente: elaboración propia a partir de Lillo y Rodríguez (2016).

La disminución más llamativa ocurre en el gasto destinado a farmacia. En el año 2014 se destinó alrededor de un 28 por ciento menos que en el año 2010. Las demás partidas se han reducido en torno al 10 por ciento.

Tabla 10.5. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación funcional. (Millones de euros) (2010-2014)⁴⁴

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	40.151	39.803	37.985	36.020	36.674
Servicios ordinarios de salud	10.935	10.169	9.258	8.793	8.720
Servicios de salud pública	782	747	681	639	630
Servicios colectivos de salud	2.124	2.088	1.966	1.951	1.658
Farmacia	13.834	12.333	10.452	10.088	10.014
Traslado, prótesis y terapias	1.514	1.393	1.218	1.091	1.192
Gasto de capital	2.275	1.500	1.046	818	831
TOTAL	71.616	68.033	62.607	59.400	59.718

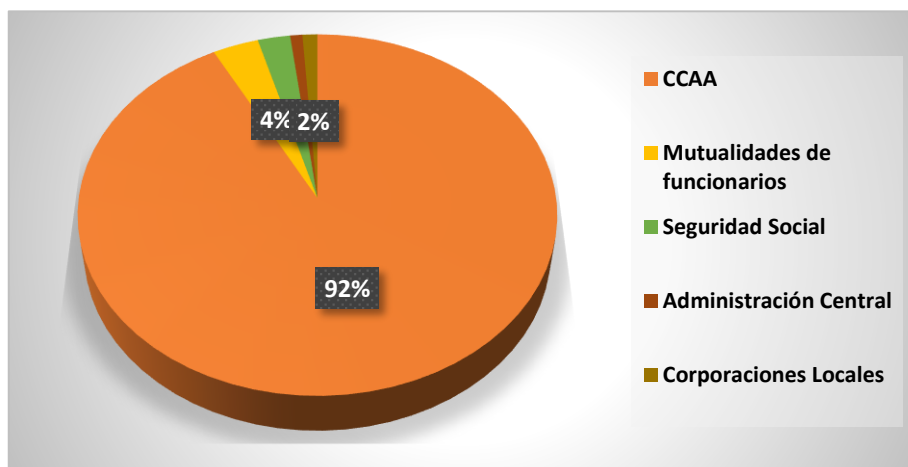
Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del INE y de Lillo y Rodríguez (2016).

10.4.3. Clasificación sectorial del gasto sanitario público

A continuación se recoge el peso que tienen los diferentes sectores de gasto público en el sistema sanitario. España destaca no solo por la fuerte descentralización de las competencias de gasto público, sino también por haber efectuado durante las últimas dos décadas un proceso de rediseño de la distribución de competencias de gasto en contra del gobierno central y a favor de las comunidades autónomas (Antón et al. 2010). Para ver la evolución reciente de esta clasificación se han elegido los últimos cinco años con datos oficiales disponibles (periodo 2010-2014). Los sectores a los que se refiere son: Administración Central, Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.

⁴⁴ Para deflactar la clasificación funcional del gasto sanitario público se han seguido las mismas pautas que en la tabla 10.4.

Gráfico 10.4. Porcentajes de las partidas más importantes respecto a los sectores de gasto público (2014)



Fuente: elaboración propia a partir de Lillo y Rodríguez (2016).

En 2014, el sector Comunidades Autónomas fue responsable del 92,2 por ciento del total del gasto. Le siguen en importancia las Mutualidades de Funcionarios (3,4%), la Seguridad Social (2,4%), las Corporaciones Locales (1,1%) y la Administración Central (0,9%).

Tabla 10.6. Evolución a precios constantes del gasto sanitario público según clasificación sectorial. (Millones de euros) (2010-2014)⁴⁵

	2010	2011	2012	2013	2014
Administración Central	934,96	831	708,67	670,9	561,06
Sistema de Seguridad Social	1.746,08	1.610	1.399,76	1.388,98	1.424,83
Mutualidades de Funcionarios	2.142,35	2.085	2.044	2.051,23	2.027,34
Comunidades Autónomas	65.754,4	62.593	57.683,1	54.621,8	55.072,7
Corporaciones Locales	1.040,22	915	770,16	668,02	632,4
TOTAL	71.618	68.034	62.606	59.401	59.718

Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del INE y de Lillo y Rodríguez (2016).

Las Mutualidades de Funcionarios (ISFAS, MUFACE y MUGEJU) son el único sector que en el quinquenio analizado mantuvo un nivel de gasto bastante constante, reduciéndose solamente un cinco por ciento durante este periodo. En contraposición, la

⁴⁵ Para deflactar la clasificación sectorial del gasto sanitario público se han seguido las mismas pautas que en la tabla 10.4.

Administración Central y las Corporaciones Locales son los sectores que presentaron las mayores tasas de crecimiento negativo del gasto sanitario durante este periodo. La acusada caída que se observa en el gasto del sector Administración Central en el año 2014 se debe principalmente a la reducción del gasto del Instituto de Salud Carlos III, organismo público encargado de coordinar la investigación sanitaria pública en España. A su vez, la bajada de un 40 por ciento del gasto sanitario en el sector de Corporaciones Locales, se imputa, en términos relativos, a la disminución de inversiones que se redujo alrededor del 90 por ciento desde 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público.

En términos generales, la partida del gasto público destinada a sanidad en 2014 es un 16,6% menor que la del año 2010. La mayor bajada se atribuye al año 2012 teniendo una caída de 18% respecto al 2011.

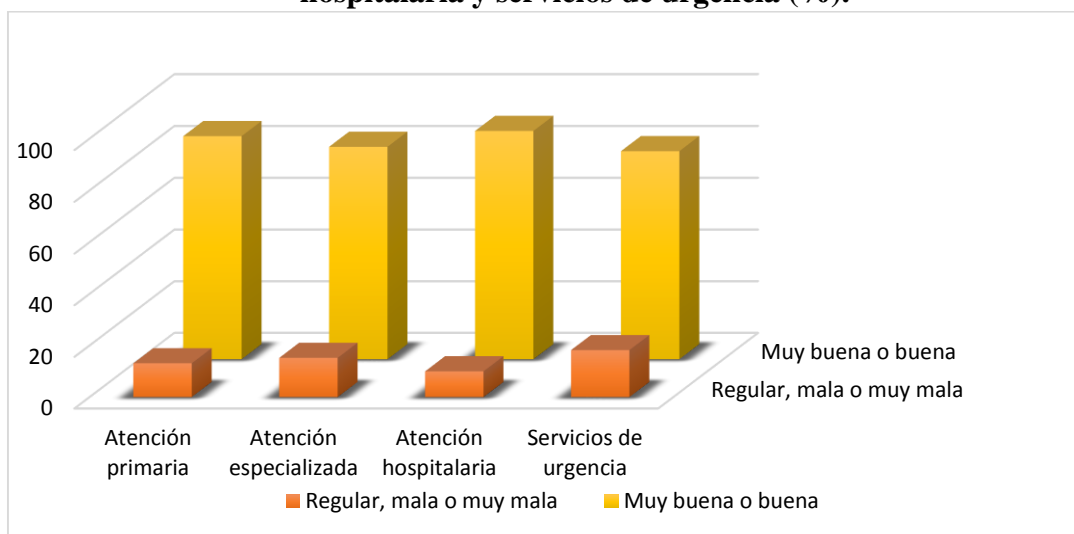
10.5. Evaluación del sistema sanitario español

10.5.1. Evaluación por parte de los ciudadanos⁴⁶.

En el año 2015, el 45.5% de la población opinaba que el sistema sanitario funciona bien, pero necesita algunos cambios. Un 69.1% dice que la sanidad pública está mejor gestionada si lo hace la Administración Pública que si lo hacen empresas privadas. En cuanto a la valoración de la atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y la del servicio de urgencias, la mejor valoración la tiene la referente a la atención hospitalaria (un 88.3% de los ciudadanos la califica como buena o muy buena) y la peor la ostentan los servicios de urgencias (un 18.2% de los ciudadanos la califica como regular, mala o muy mala).

⁴⁶ Realizado a partir del Barómetro sanitario del año 2015. Elaborado para: conocer cómo perciben y valoran los ciudadanos el funcionamiento de los Servicios Sanitarios Públicos; saber la opinión de los ciudadanos acerca de determinadas medidas de política sanitaria; conocer la penetración real de las estrategias informativas de las autoridades de salud; y para obtener información sobre el grado de conocimiento o sobre las actitudes de los ciudadanos hacia los problemas de salud o actuaciones específicas del SNS Dirección General de Salud pública, calidad e innovación (2016).

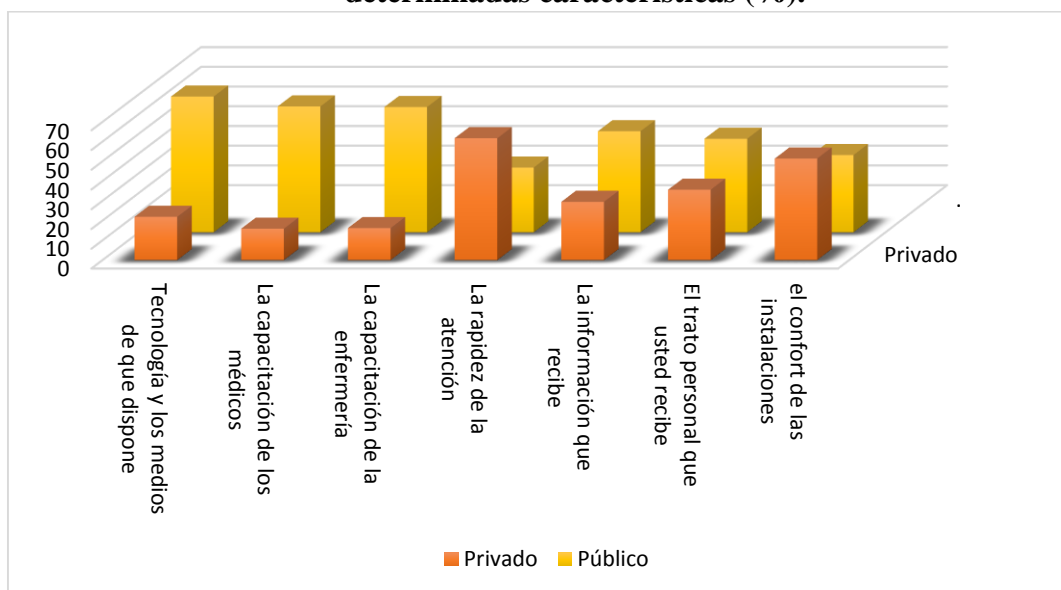
Gráfico 10.5. Valoración de la atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y servicios de urgencia (%).



Fuente: elaboración propia a partir de Dirección General de Salud pública, calidad e innovación (2016).

Depende de las características que se tengan en cuenta, se elegiría un sistema público o uno privado. Las características utilizadas para realizar el estudio han sido: la tecnología y los medios de que dispone, la capacitación de los médicos, la capacitación de la enfermería, la rapidez con que se le atiende, la información recibida, el trato personal que se recibe y el confort de las instalaciones. El sistema privado es mejor valorado atendiendo al confort de las instalaciones (51.4%) y respecto a la rapidez con que se presta la atención (61.7%). En cambio el sistema sanitario público es mejor valorado en el resto de características, destacando la alta valoración en cuanto a tecnología y los medios de los que dispone (68.8%).

Gráfico 10.6. Elección de servicio sanitario público o privado dependiendo de determinadas características (%).



Fuente: elaboración propia a partir de Dirección General de Salud pública, calidad e innovación (2016).

Tras una valoración de diversos aspectos según niveles asistenciales de la sanidad pública, se sabe que lo más valorado en atención primaria es la confianza y la seguridad que transmite el médico y lo peor el tiempo para pruebas diagnósticas. En el caso de las consultas de atención especializada lo mejor es el trato recibido del personal sanitario y lo peor el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas. Por último, en cuanto a la atención hospitalaria lo que obtiene más puntuación son los equipos y medios tecnológicos y la más baja la obtiene el número de personas que comparten habitación.

Por último, a nivel general la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público se ha mantenido durante la última década entorno a los 6,4 puntos respecto a 10 sin presentar significativas alteraciones.

10.5.2. Evaluación por parte de la literatura especializada

Hay autores como Rico, Freire y Gervás (2007) que defienden que el sistema sanitario público produce muy buenos resultados en salud, basándose en indicadores tales como la mortalidad infantil, la esperanza de vida y las muertes a causa del cáncer.

Sin embargo existe otra corriente de investigadores y académicos como Navarro (2009) y Benach *et al.* (2013) que sostienen que España tiene un déficit de gasto sanitario plasmado en las largas listas de espera, la falta de confort de las instalaciones

hospitalarias, la lucha creciente entre sanidad pública y privada y la alta mortalidad debido a los accidentes de trabajo. Apoyan la idea de que los indicadores esconden o minimizan otros problemas de salud ocultos, que debemos conocer. Tres son estos problemas ocultos:

- No permiten mostrar otros problemas de salud que son conocidos, pero de los que apenas se habla (una cuarta parte de los trabajadores españoles están expuestos a cancerígenos y mueren por cáncer contraído en el lugar de trabajo).
- Hay problemas de salud invisibles, ocultos, en los que la información es limitada, o no se generan los datos adecuados para poder conocerlos (suicidios por depresión y ansiedad, acoso sexual en el trabajo...).
- La enfermedad y la muerte están mal repartidas, la salud no se distribuye equitativamente entre la población. El uso de indicadores promedio oculta e invisibiliza las desigualdades en salud entre territorios y grupos sociales.

Independientemente de las discrepancias que tienen estas dos tendencias sobre la calidad del sistema sanitario español, ambas coinciden en la desigualdad en salud que se produce en las diferentes Comunidades Autónomas y que tiene una marcada relación con la descentralización a la hora de gestionar la sanidad española.

11. LA CRISIS Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Muchas de las medidas adoptadas en estos años de crisis pueden caracterizarse más como simples recortes que como verdaderos ajustes y, por tanto, es muy posible que una vez agotado su impacto más inmediato se ponga de manifiesto su escasa efectividad para mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (Bandrés y González, 2016).

Las diferentes reformas desarrolladas en España y en los demás países europeos han estado particularmente centradas en la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios apoyándose en el mercado de manera directa e indirecta (Moreno Fuentes, 2013). Del mismo modo, se han apoyado de forma particular en la creación de mercados internos, externalizando servicios rentables y fortaleciendo fiscalmente la oferta privada mercantil (Sánchez Bayle, 2014, citado en Rodríguez Cabrero, 2014b). Como consecuencia de estas reformas los sistemas públicos de sanidad se han debilitado durante el periodo previo a la depresión económica iniciada en 2008. La llegada de la crisis ha supuesto profundizar

políticas de racionamiento sanitario previamente desarrolladas y en el fortalecimiento del principio de aseguramiento en detrimento del principio de ciudadanía⁴⁷.

Las reformas en materia sanitaria llevadas a cabo durante la crisis han sido fruto de una doble imposición externa e interna, justificada como el único camino posible para hacer frente a los problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud (Rodríguez Cabrero, 2014b).

La reforma sanitaria por excelencia durante los años de la crisis ha sido la de abril de 2012. Se centra en el ajuste a la baja del gasto sanitario público pero sin abordar los problemas estructurales del sistema arrastrados de los años previos. Los años 2009, 2010 y 2011 supusieron un cambio de rumbo en la dinámica del gasto público sanitario, se inició una senda de reducciones apoyadas por la OCDE. En la reforma de 2012 destacan dos medidas importantes: el RDL 16/2012 y su desarrollo en 1192/2012, ambas decididas por el Gobierno sin ser admitidas a debate ni consenso parlamentario. Estas medidas implican tres consecuencias en cuanto a cobertura, impacto social y modelo institucional⁴⁸:

- Supuso una reducción de la cobertura sanitaria y un desplazamiento del coste mediante formas de copago. Se retrocede del principio de universalidad o ciudadanía al de aseguramiento.
- Amplía el espacio de la desigualdad sobre todo cuando nos referimos a los colectivos vulnerables⁴⁹. Esta reforma y las demás reformas sanitarias desarrolladas durante la crisis han sido calificadas por la literatura más crítica como “*amputaciones del sistema público de salud que responden a la ideología sobre los servicios públicos o intereses de grupos económicos*” y que amplían el espacio social de la exclusión al reducir el ámbito práctico del derecho a la atención sanitaria (Costas, 2012).
- El impacto institucional de la reforma retorna al SNS al sistema de Seguridad Social pasado. El nuevo entramado se configura en un sistema tripartito de atención sanitaria: sistema de SS para los cotizantes, sistema asistencial para personas sin recursos y un sistema privado con un margen de crecimiento mucho mayor, completado por un sistema informal e inseguro de atención sanitaria

⁴⁷ Se hace referencia a este cambio en el apartado de la cobertura sanitaria.

⁴⁸ Según Rodríguez Cabrero (2014b).

⁴⁹ Enfermos crónicos, jóvenes sin empleo mayores de 26 años y los inmigrantes indocumentados.

provisto por algunas ONG y por Comunidades Autónomas que se han opuesto a la exclusión de personas en situación irregular u otras que consideran que el beneficio de la salud pública es superior al coste de la atención prestada.

En lo que concierne al gasto, la mayor parte de la reducción del gasto sanitario autonómico ha provenido de decisiones adoptadas por el Gobierno central ante las urgencias de la consolidación fiscal (salarios, empleo público y precios regulados en farmacia). Aun así, las Comunidades con mayores problemas de déficit tuvieron que realizar ajustes más severos en todos sus servicios (Bandrés y González, 2016).

Para evaluar el impacto de la crisis en el gasto sanitario público se cree oportuno elaborar un indicador que relacione el gasto sanitario público y la población mayor de 65 años residente en España. Se ha elegido este grupo poblacional por ser el que más servicios sanitarios requiere. Este segmento de la población es considerado como el grupo potencialmente beneficiario de la sanidad.

Tabla 11. Relación entre el gasto sanitario público y la población.

AÑO	Población ≥ 65 años [A] ⁵⁰	Gasto sanitario público ⁵¹	Gasto sanitario público deflactado [B] ⁵²	[B] / [A] ⁵³
2002	7.169.437	36211,8	46099,14	6429,95
2003	7.276.620	43148,4	53309,78	7326,17
2004	7.301.009	46981,7	56333,65	7715,87
2005	7.332.267	51339,8	59553,41	8122,10
2006	7.484.392	56649,6	63480,77	8481,75
2007	7.531.826	61597,8	67154,13	8916,05
2008	7.632.925	68130,4	71367,64	9349,97
2009	7.782.904	73017,1	76706,69	9855,79
2010	7.931.164	72835,1	75162,89	9476,91
2011	8.093.557	71783,7	71783,70	8869,24
2012	8.222.196	68174,9	66547,16	8093,60
2013	8.335.861	65718,7	63258,57	7588,73
2014	8.442.427	65975,7	63602,07	7533,62
2015	8.573.985	68007,1	65890,05	7684,88

Fuente: elaboración propia.

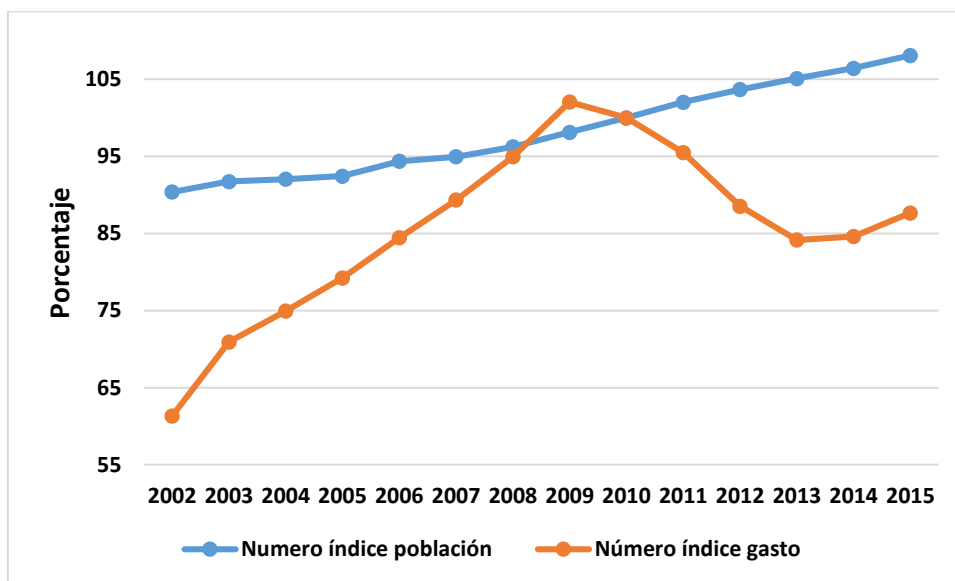
⁵⁰ Se ha tenido en cuenta la población española y extranjera residente en España debido al carácter universal del sistema sanitario español.

⁵¹ Datos medidos en millones de euros.

⁵² Datos obtenidos de MSSSI y deflactados utilizando las medias anuales del IPC con base 2011 obtenidas del INE para cada periodo. Las medias del IPC para cada año son las siguientes: 2002→78,6; 2003→80,9; 2004→83,4; 2005→86,2; 2006→89,2; 2007→; 2008→91,7; 2009→95,2; 2010→ 96,9; 2011→100; 2012→ 102,4; 2013→103,9 y 2014→103,7.

⁵³ Datos medidos en euros. Es el gasto sanitario público por persona de 65 años o más.

Gráfico 11. Comparación entre el gasto sanitario público deflactado y la población con 65 años o más. ⁵⁴



Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar, la población residente en España está cada vez más envejecida. En los últimos 14 años la cifra de personas mayores de 65 años ha tenido una tendencia creciente. Se ha incrementado casi un millón y medio. Por otro lado, el gasto sanitario público a precios constantes aumentó de manera paulatina en el periodo 2000-2009, año en el que la crisis comenzó a hacer mella. En los seis años posteriores (2010-2015) el gasto descendió situándose en la actualidad en torno a los 65 mil millones de euros, cifra que se ha visto incrementada en este último año. Esto implica que en los años anteriores al estallido de la crisis el gasto por persona, con 65 años o más, era de 8500 euros aproximadamente y en los años posteriores esta cifra se redujo hasta situarse alrededor de los siete mil quinientos euros. Todo esto pone de manifiesto que el gasto sanitario no ha aumentado a pesar del envejecimiento de la población, el cual es uno de los NRS citados en el apartado seis. Incluso en el periodo 2009-2013, fecha en la que creció potencialmente este segmento de la población, se siguió reduciendo la partida del gasto sanitario.

Finalmente, no hay que olvidar que la sanidad sigue siendo un derecho social fundamental y en el ámbito de la Unión Europea constituye, junto a la garantía de una

⁵⁴ Para realizar la comparación se han utilizado números índices de las columnas [A] y [B] de la tabla 11 tomando como base, en ambas series, el año 2010.

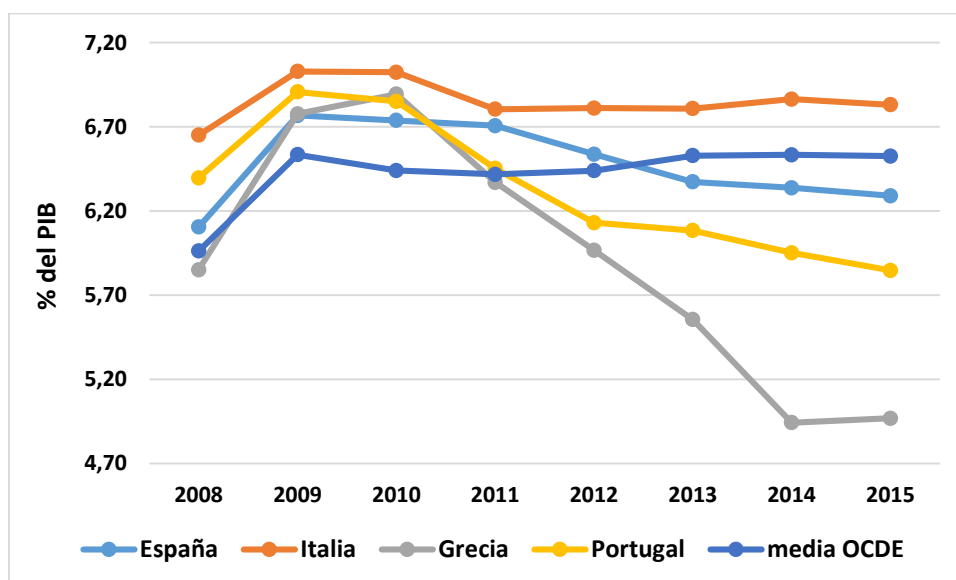
pensión digna, uno de los pilares básicos de protección social (Rodríguez Cabrero, 2014b: 333).

11.1. Breve comparación de los países de la Europa mediterránea durante la crisis.

Se pretende dar una visión general de la situación de España respecto a los otros tres países de la Europa mediterránea (Portugal, Italia y Grecia) durante el intervalo 2008-2015. Primeramente, señalar que Italia y Portugal tienen instaurados sistemas sanitarios universalistas. Por el contrario, Grecia está dentro de los países con sistemas sanitarios de aseguramiento social.

Cuando se habla de gasto público sanitario como porcentaje del PIB, el país que se sitúa en cabeza es Italia con un 6,9%, seguido muy de cerca por España con un 6,3% y por Portugal con un 6%, a dos puntos porcentuales se encuentra Grecia.

Gráfico 11.1. Gasto sanitario público (% PIB) en la Europa mediterránea.

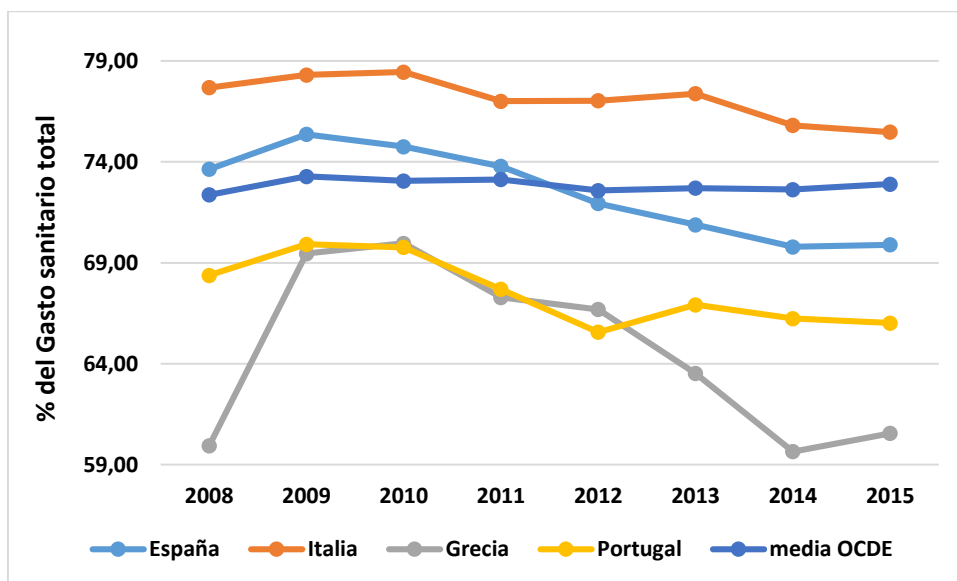


Fuente: *OECD statistics.*

Como se observa en el gráfico 11.1. Italia y España han mantenido un gasto bastante constante en el periodo analizado respecto a la bajada experimentada por Grecia y Portugal, siendo la más prominente la del caso griego desde 2010 a 2015. La media de la OCDE se sitúa entre el 5,9 y el 6,5 por ciento. España se ha situado por encima hasta el año 2012, Italia sigue por encima en la actualidad y Grecia y Portugal se sitúan por debajo desde el 2011.

Por otro lado, el gasto sanitario público como porcentaje del total arroja los siguientes resultados mostrados en el gráfico 11.2.

Gráfico 11.2. Gasto sanitario público (% gasto sanitario total) en la Europa mediterránea.



Fuente: *OECD statistics.*

De nuevo son España e Italia los dos países con mayor gasto público sanitario. Teniendo ambos su máximo en el año 2009, superando el 75 por ciento en el caso de España y el 78 en el de Italia. Ambos países se encuentran en la actualidad en sus cifras más bajas, España con un 69,9% e Italia con un 75,5%. En el caso de Portugal el porcentaje público respecto del total en los últimos siete años está entre el 66 y el 70 por ciento. Grecia vuelve a destacar por sus subidas y bajadas prominentes, variando el gasto en un intervalo de once puntos porcentuales, mientras que en los otros tres países mediterráneos no varía más de 5 puntos en el periodo 2008-2015. A su vez, la media de los países de la OCDE está comprendida entre el 72,4% y el 73,3%; ocurre lo mismo que lo explicado en el gráfico 10.8. para los casos de España e Italia, pero en este periodo Portugal y Grecia se situaban siempre por debajo de la media de la OCDE.

PARTE IV

12. CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las reflexiones más importantes que han sido fruto del estudio expuesto anteriormente. El fin último de este trabajo ha sido describir la actualidad del Sistema Nacional de Salud español. Previamente se creyó necesario analizar el concepto de Estado de bienestar y su surgimiento, y establecer un acercamiento con el modelo de bienestar mediterráneo y más concretamente con el caso del modelo español. Esta consideración de enmarcar el tema principal de esta manera tiene su sustentación, en la importancia que posee la sanidad dentro de los estados de bienestar.

En lo referente al concepto de Estado de bienestar, es importante señalar sus tres objetivos principales: garantizar ciertas condiciones de vida a la población en su conjunto, reducir los niveles de desigualdad y favorecer el pleno empleo. Para lograr estos objetivos se deben utilizar una serie de instrumentos tales como las prestaciones monetarias, la regulación del mercado de trabajo y del sistema fiscal y la prestación de servicios sociales entre los que destacan la educación y la sanidad, siendo este último nuestro objeto de estudio.

Para comprender que no todos los estados de bienestar son del mismo tipo, sino que cada uno tiene una estructura diferente según su organización, estratificación e integración social y siguen trayectorias de desarrollo diferentes, se ha utilizado el criterio expuesto por Esping-Andersen (1993). Este autor cataloga al mercado, a la familia y al Estado como las tres fuentes de provisión del bienestar, lo que le lleva a distinguir tres modelos de Estado de bienestar. Estos tres modelos son el liberal, el conservador y el socialdemócrata. España se sitúa dentro del régimen conservador, cuyas características principales son: un bajo impacto del mercado en el bienestar, una redistribución de la renta baja, una desmercantilización de grado medio y una defamilización y remercantilización con unos impactos bajos. El modelo mediterráneo es un tipo de régimen de bienestar difícil de clasificar dentro de las tres categorías de Esping-Andersen (1993). Al mismo tiempo, comparte la mayoría de rasgos con el régimen conservador, tales como el corporativismo y el papel fundamental de la familia. Como diferencia, señalar que en la Europa mediterránea los programas de asistencia social suelen ir unidos

a la captación de votantes, por eso es importante la generosidad de las pensiones y de los empleos públicos.

El caso del Estado de bienestar español es el que mejor representa, dentro de los cuatro países de la Europa mediterránea, la posición equidistante entre los procesos de universalización de los sistemas de salud, educativo y de pensiones y la permanencia de la Seguridad Social de carácter contributivo. La peculiaridad del caso español reside en la debilidad estructural del modelo económico adoptado a partir de la entrada en la Unión monetaria y en el euro, un mercado fuertemente segmentado y una amplia cobertura de servicios y prestaciones pero con una limitada capacidad para reducir la pobreza y la desigualdad. En el contexto de la globalización neoliberal y con una enorme presión y competencia por parte de la Unión europea, el modelo español está marcado por el conflicto generado por las necesidades y los Nuevos Riesgos Sociales (NRS) y por los nuevos grupos de interés que exigen la apertura del Estado de bienestar al sector privado y el aumento de la individualización de dichos NRS.

Los sistemas sanitarios de la OCDE se agrupan en tres grandes categorías: sistemas sanitarios de aseguramiento fundamentalmente privado, de aseguramiento social y universalistas. Están vinculadas a las tipologías de Estado de bienestar de Esping-Andersen (1993), aunque los países pertenecientes a cada categoría de sistema sanitario no coinciden exactamente con los referentes a los tipos de estados de bienestar. El Sistema sanitario español es universalista. Los principales rasgos definitorios de este tipo de sistemas son un criterio de elegibilidad basado en la residencia en el territorio; su financiación mediante impuestos; el acceso gratuito y el papel del Estado como planificador, regulador, gestor y supervisor. Cuestiones como ésta son las que hacen que autores como Moreno (2001) y Rodríguez Cabrero (2011) sitúen a España como un híbrido entre modelos de Estado de bienestar, toda vez que, aun contando con un sistema sanitario similar al de los países nórdicos, otros de sus rasgos lo sitúan muy lejos de ellos.

El Sistema Nacional de Salud español está muy descentralizado. Esta descentralización es fruto de una estrategia de organización y gestión llevada a cabo con el fin de mejorar la eficacia en la gestión de los recursos financieros y humanos disponibles. Presenta una fuerte descentralización de las competencias de gasto público. Por otro lado, la Ley General de Salud Pública, que entró en vigor en enero de 2012, se

planteó como el paso definitivo hacia la universalización de la sanidad española, desvinculando de modo más claro el acceso a las prestaciones del SNS de la afiliación a la Seguridad Social. Sin embargo, el Real Decreto Ley 16/12 aprobado unos meses más tarde, reforzó el papel de la SS en el derecho de acceso al sistema sanitario público, al tiempo que expulsó a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años del sistema, dando un paso atrás en la consolidación de un SNS plenamente universalista.

El modelo de financiación de las Comunidades Autónomas, por su parte, adolece desde su origen de un grave problema de equidad, debido a la situación de privilegio que presentan las Comunidades Forales con respecto a las Comunidades Autónomas. En España hay solo presencia de copago en medicamentos. El sistema de copago actual introduce como diferencia sustancial, en relación al sistema utilizado desde 1966, la asociación del porcentaje de copago con el nivel de renta. A su vez, el copago tiene defensores en los grupos conservadores y detractores en los círculos más progresistas.

En lo que atañe al gasto sanitario público como porcentaje del PIB, en España ha aumentado debido al estancamiento o decrecimiento, dependiendo de los años, del Producto Interior Bruto. Es decir, no es que haya habido un aumento trascendente del gasto destinado a salud, es que la producción interna bruta ha sido menor. Para desglosar las diferentes partidas de gasto sanitario público se han utilizado tres clasificaciones: económica, sectorial y funcional. Considerándose el periodo 2010-2014 en el estudio de la evolución del gasto a precios constantes para poder realizar una comparación sin que interfiera la inflación. La remuneración de personal es la partida que más gasto absorbe. A su vez, la función de mayor peso en cuanto a la asistencia pública prestada es la de los servicios hospitalarios especializados; también, destaca la partida dedicada al gasto farmacéutico.

Tras la creación de un indicador que permite medir el gasto sanitario por persona con 65 años o más, se pone de manifiesto que el gasto sanitario no ha aumentado a pesar del envejecimiento de la población y de que es este grupo poblacional el que más servicios sanitarios requiere, lo que apunta a algunas sombras sobre la calidad del sistema sanitario en un futuro próximo.

Al relacionar, por otra parte, el gasto público sanitario de los cuatro países de la Europa mediterránea, vemos cómo España ha mantenido durante los últimos ocho años esta partida de gasto de manera más constante que Grecia y Portugal y a su vez, tiene un porcentaje de gasto sanitario público respecto al total solo superado por Italia. Si se compara el gasto sanitario español con la media de la OCDE, percibimos que se sitúa por encima de la misma hasta el año 2012, es decir, cuando se introdujeron los principales ajustes durante la crisis.

Por último, a nuestro juicio, cabe señalar que las medidas adoptadas durante estos años de crisis es muy probable que pongan de manifiesto, una vez agotado su impacto, su escasa efectividad para mejorar la eficiencia del SNS. La reforma por excelencia en la materia sanitaria ha sido la de abril de 2012, la cual se centra en el ajuste a la baja del gasto público sanitario, pero sin abordar los problemas estructurales del sistema arrastrados de años previos. El conjunto de tendencias que acabamos de señalar nos llevan a concluir que más temprano que tarde habrá que acometer reformas importantes si se quiere salvaguardar este importante pilar del Estado de bienestar español, reformas que remiten, en realidad, al conjunto de dicho Estado de bienestar y que deben mejorar su funcionamiento y garantizar su financiación para asegurar su sostenibilidad.

13. REFERENCIAS

Abellán, J.M. (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA. Recuperado de <http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=719>

Adelantado, J., Calderón, L. (2005). Globalización y estados del bienestar: ¿respuestas semejantes a problemas parecidos? *Cuadernos de relaciones laborales*. 23 (2), pp. 15-44. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220015A/32335>

Alfaro, M. (2010). *Sistema Nacional de Salud de España, 2010*. Instituto de información sanitaria. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

Antón, J.I., Muñoz de Bustillo, R., Fernández, E. y Rivera, J. (2010) *Evaluación del proceso de descentralización del sistema nacional de salud desde la perspectiva de los ciudadanos*. Universidad de Salamanca.

Arts, W. y Gelissen J. (2002). Three worlds of the welfare capitalism or more? A state of the art report". *Journal of European Social policy*, 12 (2), pp. 137-158.

Bandrés, E. y González, R. (2016) La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuaderno de información económica*. (248), 1-12. Recuperado de <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/10/la-reduccion-del-gasto-sanitario-en-espana-durante-la-crisis.pdf>

Bankauskaite, V., Dubois, H., Saltman, R. (2004). *La descentralización sanitaria en Europa*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anuar_2004/CAPITULO_II_Descentralizacion_sanitaria_en_Europa/05_La_descentralizacion_sanitaria_en_Europa.pdf

Barr, N. (2004), *Economics of the Welfare State*. Londres: OUP Oxford.

Benach, J., Muntaner C., Tarafa, G. y Valverde C. (2012). *La sanidad está en venta y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria.

Boiser, S. (2007). *Territorio, Estado y sociedad en Chile. La dialéctica de la descentralización: entre la geografía y la gobernabilidad*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2008/sbe/marco%20conceptual%20de%20la%20descentralizacion.htm>

Briggs, A. (1961). The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology*, 2, pp. 221-258.

Buendía, L. (2015). Los Estados de Bienestar europeos y el impacto de la crisis de 2008: Introducción. *Revista de Economía Crítica*, (20), 58-64

Buendía, L. (2011). *Dinámica de crecimiento, distribución de la renta y movimiento obrero. El Estado de bienestar sueco en una perspectiva de largo plazo*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Economía Aplicada I. Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/14579/1/T33555.pdf>

Calero, J. y Gil Izquierdo, M. (2013): *La incidencia distributiva del gasto público en educación y en sanidad en España* 1er informe sobre la desigualdad en España 2013, Madrid: Fundación Alternativas, pp. 243-278.

Carnicero, J. (2010). España, análisis del sistema sanitario 2010. *Health Systems in Transition*. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Observatorio Español del Sistema Nacional de Salud.

Clayton, R. y Pontunsson, J. (1998). Welfare State Retrenchment Revisited. *World politics*. 51, pp. 76-82. Recuperado de <http://www.people.fas.harvard.edu/~iversen/PDFfiles/Clayton&Pontusson.htm>

Consejo económico y social de la región de Murcia (2012). *Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2012*. Recuperado de http://www.ces.es/documents/10180/786745/MEMORIA_CES_2012.pdf

Costas, A. (2012). Los dictadores benevolentes. *El País*, 20 de agosto de 2012. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2012/07/31/opinion/1343755515_993760.html

Del Pino, E. y Rubio Lara, M.J. (2013). El estudio comparado de las transformaciones del Estado de Bienestar y las políticas Sociales: definiciones, metodología y temas de investigación. En Del Pino, E. *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*. Madrid: Tecnos.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2016). *Barómetro Sanitario 2015*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Valencia: Alfons el Magnanim

Esteban, A.I. y Arias, A. (2016). 30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España. *Revista española de control externo*, XVIII (53), 67-105.

González, B. (2004). *Descentralización y reformas sanitarias en España*. Recuperado de http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia_publica/2004_07octubre.pdf

Gómez Serrano, P.J y Buendía García, L. (2014). La crisis y los Estados de bienestar en Europa. En *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014153256_1506.pdf

Green-Pedersen, C. (2004). The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the Problem and Looking for Solutions. *Journal of comparative Policy Analysis*, 6 (1), pp. 3-14. Recuperado de <http://www.vasa.abo.fi/users/minygard/Undervisning-filer/Green-Pedersen%20dependent%20variable%20problem.pdf>

Guillén, A.M (2006). Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español. Jornadas sobre *La sanidad pública en España: reflexiones*. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.

Guillén, A.M. (1997). Regímenes de bienestar y roles familiares: un análisis del caso español. *Papers*, 53, pp. 45-63. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25479/25313>

Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/>

Jiménez Fernández, A. y Martínez-Pardo, R. (2013). *La economía sumergida en España*. Fundación de Estudios Financieros. Recuperado de <http://www.fef.es/new/images/IEAF/pdf/DOCUMENTO%20DE%20TRABAJO%20N%C2%BA%204%202as.pdf>

Jiménez-Martín, S. (2014). El sistema de salud en España en perspectiva comparada. *Primer informe observatorio de Sanidad Fedea*. Recuperado de <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>

Korpi, W. y Palme, J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63 (5), pp. 1-54. Recuperado de http://archives.cerium.ca/IMG/pdf/Korpi_Walter_and_Joakim_Palme_The_Paradox_of_Redistribution_and_Strategies_of_Equality_Welfare_State_Institutions_Inequality_and_Poverty_in_Western_Countries.pdf

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29-05-2003

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499.

Lillo, J.M. y Rodríguez, M.C. (2016). *Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados*. Secretaria General de Sanidad y consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Macia Soler, M. L. y Moncho Vasallo, J. (2007). National system Spanish of health. Characteristics and analysis. *Revista electrónica semestral de enfermería*, (10), 1-13.

Marset, P., Saéz, J.M. y Martín, F. (1995). *La salud pública durante el franquismo*. 15, 1995, 211-250. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/108738/165451>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016a). *Barómetro sanitario 2015*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016b). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015*. Recuperado de www.msssi.gob.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Diferentes series de gasto sanitario*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012*. Madrid. Recuperado de www.msssi.gob.es

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Sistema Nacional de Salud. España 2008*. (2008). Madrid. Recuperado de <http://www.uv.es/=atortosa/SNS08.pdf>

Moreno, L. (2001). *La vía media española del régimen de bienestar mediterráneo*. Papers, 63/64, 67-82. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n63-64/02102862n63-64p67.pdf>

Moreno, L. (2002). Bienestar mediterráneo y “supermujeres”. *Revista española de sociología*, vol (2), 41-57.

Moreno, L. y Marí-Klose, P. (2013). Las transformaciones del estado de bienestar mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición. En Del Pino, E. *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.

Moreno Fuentes, F.J. (2013). Políticas sanitarias en perspectiva comparada. Descentralización, mercados y nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario. En Del Pino, E. *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.

Navarro, V. (2009). *El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias*. Barcelona: editorialsol90.

OECD Statistics (2016). Recuperado de <http://stats.oecd.org/>

Organización de consumidores y usuarios (OCU). (2015). *Quién tiene derecho a la sanidad*. Recuperado de <https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/informe/derecho-a-sanidad-publica/asegurados-y-beneficiarios>

Rico, A., Freire, J.M. y Gervás, J. (2007). El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En Espina A. *El Estado del bienestar y la competitividad: la experiencia europea*. Madrid: fundación Carolina y siglo XXI. Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/14939.pdf>

Rodríguez Cabrero, G. (2014a). Transformaciones, cambios institucionales y conflictos en el Estado de Bienestar en España (2000-2013). En *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA. Recuperado de

http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014111057_1366.pdf

Rodríguez Cabrero, G. (2014b). Estado de bienestar en España: transformaciones y tendencias de cambio en el marco de la Unión Europea. En *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/capitulos/pdf/05_Capitulo_5.pdf

Rodríguez Cabrero, G. (2011). The consolidation of the Spanish welfare state (1975-2010). En Guillén A.M. *The Spanish Welfare State in European Context*. Surrey: Ashgate Publishing.

Sánchez Bayle. (2009). *La situación de la salud y el sistema sanitario en España*. Fundación 1 de Mayo: Madrid. Recuperado de <http://www.fadsp.org/pdf/ObSalud05.pdf>

Secretaría de Estado de Comunicación. (2016). Sanidad. *España Hoy*. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/Paginas/index.aspx>

Sevilla, F. (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. Fundación Alternativas. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>

Spadaro, A. (2008). *Fundamentos económicos y sociales para “un estado de bienestar activo”*. Recuperado de <http://www.uib.cat/depart/deaweb/webpersonal/amedeospadaro/Primeraparte.pdf>

Taylor-Gooby, P. (2004). Open markets and welfare values Welfare values, inequality and social change in the silver age of the welfare state. *European Societies*, 6(1), 29-48. Recuperado de <http://sci-hub.cc/http://dx.doi.org/10.1080/1461669032000176305>.

Urteaga, E. (2013). Estado de bienestar e inversión social en Europa. *International Journal of Social Work and Social Sciences*. 5, pp. 10-21. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/comunitania/article/view/7138/6814>.