



TESIS DOCTORAL

2015

**“La protección de la Salud desde la perspectiva de los
Derechos Humanos”**

Tomás Gómez Franco

Licenciado en CC. Económicas y Empresariales

**Facultad de CC. Económicas y Empresariales
Departamento de Economía Aplicada y Gestión Pública**

**Director: D. José Ramón Repullo Labrador
Tutora: D^a Carolina Navarro Ruiz**



Departamento de Economía Aplicada y Gestión Pública (Facultad de CC. Económicas y Empresariales)

“La protección de la Salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos”

Tomás Gómez Franco - Licenciado en CC. Económicas y Empresariales

Director: D. José Ramón Repullo Labrador

Tutora: D^a Carolina Navarro Ruiz

Agradecimientos

Me han educado con la convicción de que los hechos son más probatorios que las palabras. Por tanto, me gustaría poder mostrar con hechos mi gratitud a todos los que me han ayudado en esta travesía que ha supuesto la realización de esta investigación. Pero eso parece tarea difícil de realizar en un breve periodo de tiempo. Tengo toda la vida para el desempeño de dicha empresa y quiero que ellos lo sepan. Han sido muchas las personas que han contribuido a que este trabajo finalmente viese la luz, estoy en deuda con todos ellos que tienen toda mi gratitud.

Empiezo mostrando mi agradecimiento al director de esta investigación, el Dr Repullo, quien ha soportado estoicamente mis torpezas, ha sido condescendiente con todas las dificultades que acarreaban mis “especiales circunstancias” y a pesar de todo, ha resistido con flema anglosajona.

A D. Gregorio Peces Barba, que fue uno de los responsables de que iniciase una tesis doctoral. Su recuerdo me acompañará siempre.

A Carolina Navarro, tutora, que ha resuelto todas mis dudas, que no eran pocas, eficientemente y con una amabilidad impresionante.

A Joaquín Leguina, uno de los mejores demógrafos de España, por su amable “presión” para que concluyese este trabajo, por sus sugerencias y, sobre todo, por su amistad.

A Jose Andrés Torres Mora, la inteligencia más brillante del Congreso de los Diputados, por sus comentarios, sus recomendaciones y su ayuda. Además de ser un amigo es un maestro en muchas cosas, también en la asignatura de la vida.

A Luis Perdices, por sus orientaciones y por sus palabras de ánimo.

A Carmen, por su tremenda ayuda, sus comentarios y por sacrificar tantas horas en ordenar toda la bibliografía. No le queda más opción que hacer su propia tesis doctoral y a mí, ayudarla. Sin su trabajo nunca habría llegado a la meta.

A Julián Ariza, consejero del CES y que no sólo me abrió la institución sino que compartió conmigo sus vivencias como dirigente sindical de las Comisiones Obreras en plena dictadura, cuestión que me ayudó enormemente en la composición de la época.

A Mayte España, Inés Paredes, Mercedes Pastor, Adolfo Piñedo, Óscar Iglesias y a los demás compañeros que me han hecho más ligera la tarea.

A toda mi familia, a mi hermano, mis padres y a Ángeles, por su apoyo y comprensión. Este trabajo también es de ellos.

A todos, gracias

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	8
I.1.El Derecho a la Salud: ¿Qué alcance y tipo de protección a la salud queremos?	11
I.2. ¿Quién debe asegurar su desarrollo y con qué recursos debe hacerlo?	12
I.3. ¿Cómo hacer sostenible el derecho a la salud, y de manera especial cuando existen cambios económicos y sanitarios que cuestionan la solvencia y amenazan la equidad?	13
I.4. Objetivos y Metodología	15
I.5. Proyectando los objetivos en la organización del texto.....	16
I.6. Comentario final	18
II. EL DERECHO A LA SALUD	19
II.1. El derecho a la salud como derecho fundamental	19
2.1.1. La perspectiva de los valores superiores: dignidad, igualdad, libertad.....	19
2.1.2. Los modelos de incorporación de los derechos fundamentales en el orden jurídico.....	24
2.1.3. El derecho a la salud como derecho fundamental: consideraciones previas.....	25
2.1.4. Origen y evolución del Derecho a la salud.	26
a) Los derechos fundamentales desde el tránsito a la modernidad.	26
2.1.5. Los inicios de los derechos sociales y la internacionalización del derecho a la salud.....	28
2.1.6. Las dimensiones internacionales de la salud.....	31
a) El derecho a la salud en el derecho constitucional comparado.....	32
2.1.7. El reconocimiento normativo del derecho a la salud.	35
2.1.8. La cooperación sanitaria internacional.	39
2.1.9. Naturaleza del derecho a la salud.	41
a) Sobre la distinción en derechos y el derecho a la Salud.....	41
II.2. El reto filosófico y político de garantizar la justicia y la equidad.....	46
II.3. Análisis de la legitimación social	53
2.3.1. La importancia del apoyo social a la sanidad.....	54
2.3.2. Análisis de los datos sociológicos.....	56
2.3.3.Caracterización de la población	70
2.3.4. Un balance	72
III. PRESTACIÓN PÚBLICA VS. PRESTACIÓN PRIVADA	74
III.1. Aportación de la economía en la modelización de bienes públicos, preferentes y privados	75
3.1.1. Antecedentes.....	75
3.1.2. Los economistas clásicos	78
3.1.3. Escuela neoclásica, Keynesianismo y la llegada del Welfare State.....	83
III.2. Bienes públicos.....	88
3.2.1. Concepto de bienes públicos y clasificación de bienes económicos	90
3.2.2. Condiciones de optimalidad en la provisión de bienes públicos.....	97
3.2.3. ¿Es el mercado el instrumento adecuado para proveer y producir bienes públicos o deben ser los poderes públicos?	98
3.2.4. Resolución del problema de producción distribución de bienes públicos mediante procesos de elección política.	102
3.2.5. Elección pública en una democracia directa.....	102

a) Reglas de votación	102
a.1) Regla de la unanimidad.	103
a2) Regla de la mayoría.	104
b) Teoría de la Democracia Representativa	105
3.2.5. Resolución del problema de producción distribución de bienes públicos mediante mecanismos de revelación de la demanda (MRD).....	107
III.3. Competencia perfecta y fallos “técnicos” del mercado.....	108
3.3.1. Fallos en la asignación de recursos que realiza el mercado en relación a la Equidad.....	113
3.3.2. Mercados sanitarios y sus fallos.....	116
a) Fallos relativos al bien o servicio que se oferta y se demanda	118
b) Fallos relativos a la falta de “soberanía del consumidor”	124
c) Fallos relativos a la incertidumbre de enfermar y sus costes.....	125
d) Fallos relativos a la asimetría de información institucional y relaciones de agencia	129
e) Fallos relativos a la asimetría de información clínica y relaciones de agencia	129
f) Fallos relativos a la especificidad de activos y las barreras a la entrada y salida.....	133
g) Fallos Relativos al conflicto de objetivos múltiples y no alienados	135
III.4. Marco teórico conceptual de fallos de Estado	137
3.4.1. Fallos del Estado en el mercado sanitario	147
a) Fallos relativos a la eficiencia	147
b) Fallos relativos a la rigidez en la respuesta pública	153
c) Fallos relativos a la interferencia política.....	155
d) Fallos relativos a la interferencia burocrática.....	158
III. 5. Obligaciones de los Estados.....	160
IV. GARANTÍA SOSTENIBLE DEL DERECHO A LA SALUD	163
IV. 1. Los determinantes de la Salud.....	164
4.1.1. Antecedentes.....	164
4.1.2. Modelos explicativos de los determinantes de la salud.....	167
4.1.3. Determinantes de la salud en Europa y España.....	183
4.1.4. Determinantes de la salud relativos a una elección individual	192
4.1.5. Factores de desigualdad social	202
a) Crecimiento económico	202
b) Distribución de la riqueza	207
4.1.6. Determinantes de la salud relativos al medioambiente	214
a) La contaminación	214
b) La vivienda.....	216
c) Vandalismo y seguridad ciudadana	217
IV.2. Desarrollo socioeconómico y demográfico de España en relación a Europa. La salud colectiva. Causa y consecuencia del desarrollo económico y bienestar social.....	218
IV. 3. Evolución del gasto sanitario	225
4.3.1. Evolución en los países desarrollados	225
4.3.2. Evolución del gasto sanitario en España	236
a) Desde 1850 a la actualidad.....	236
b) Componentes del gasto sanitario.....	244
b.1) Clasificación económica del gasto público sanitario	244

b.2) Clasificación funcional del gasto público sanitario	246
b.3) Clasificación sectorial del gasto público sanitario.....	247
IV.4. El impacto en la mejora de Salud	250
4.4.1. La Medicina en la parte plana de la curva de rendimiento del gasto sanitario en la salud de la población.....	252
4.4.2 Posibilidades y limitaciones de incrementos de la salud de la población.....	256
4.4.3. Crisis económica y derecho a la salud.	259
4.4.4. ¿Es posible mejorar efectividad, salud poblacional y eficiencia?.....	267
IV.5. Las necesidades de salud y el derecho a la protección de la salud.....	269
4.5.1.Principios para valorar necesidades de salud en un contexto de derecho a la protección de la salud reforzado.....	272
a) La Constitución Española (CE) y la protección jurídica de las necesidades en salud.	272
4.5.2. Tipologías de garantías constitucionales en función de la protección diferencial de las distintas necesidades de salud.	273
4.5.3. Sobre los principios y criterios substantivos	277
a) Sobre los principios y criterios formales.....	278
4.5.4. Tipificar y categorizar las necesidades sanitarias.	279
IV.6. Una propuesta de jerarquización del derecho a la protección de la salud en relación a la tipología de necesidades.	284
4.6.1. Protección reforzada	284
4.6.2. Protección tutelada	285
4.6.3. Protección selectiva.....	285
IV.7. Buen gobierno	286
4.7.1. Concepto	286
4.7.2. Atributos del Buen Gobierno	293
4.7.3. Buen Gobierno y Buena Gestión	299
4.7.4. Profesionalización.....	301
V. CONCLUSIONES	303
BIBLIOGRAFÍA.....	312
ANEXO A. Desarrollo socioeconómico y demográfico de España en relación a Europa. La salud colectiva. Causa y consecuencia del desarrollo económico y bienestar social	332
A.1 Siglo XVIII.....	332
a) Nupcialidad	334
b) Fecundidad.....	336
c) Mortalidad	337
A.2. Siglo XIX	338
a) Nupcialidad	340
b) Fecundidad	341
c) Mortalidad	342
d) Emigración	345
e) Evolución económica.....	347
1.3. El Siglo XX (Hasta 1936).....	351
a) Nupcialidad	354
b) Fecundidad.....	354
c) Mortalidad	356

d) Emigración	359
e) Estructura por edades	360
1.1.4. Los efectos demográficos de la guerra civil.....	361
1.1.5. El Franquismo (1939-1975).....	362
a) La evolución económica	363
b) La evolución demográfica	365
c) Nupcialidad	366
d) Fecundidad.....	368
e) Mortalidad	370
f) Estructura de edades.....	373
g) Emigración.....	375
1.1.6. La etapa democrática (1976-2012).....	378
a) Nupcialidad y divorcios	380
b) Relación entre fecundidad y la estabilidad de la pareja.....	382
c) La fecundidad	382
d) Abortos.....	389
e) Mortalidad.....	391
f) Migraciones.....	393
g) Estructura por edades	397
Anexo B. El sistema de seguros sociales. Desde su origen hasta la actualidad	401
B.1. El creciente intervencionismo del Estado en la Salud Pública y en la asistencia sanitaria. Desde los orígenes a la actualidad	401
B.1.1. Etapa inicial	404
B.1.2. Instituciones de la Reforma Social durante la Restauración	408
B.1.3. Dictadura de Primo de Rivera	415
B.1.4. Periodo republicano	417
B.1.5. Desde la Guerra Civil hasta 1967.	421
B.1.5. a. El periodo de autarquía.....	421
B.1.5. b. El Plan de Estabilización	432
B.1.6. Desde 1967 hasta la Constitución de 1978. La expansión de la S.S.	437
B.1.6.a. Ley 24/1972, de 21 de junio de Reforma del Régimen General de la Seguridad Social. ...	440
B.1.7.-Consolidación democrática: Desde 1978 hasta la actualidad	446
B.1.8. Un balance de cien años de historia.....	454
Apéndice del Anexo I	459

I. INTRODUCCIÓN

“La separación entre la economía y la política y las motivaciones políticas es algo estéril. Es una pantalla que oculta la realidad del poder y de las motivaciones económicas. Y es, por otra parte, una fuente principal de errores y confusiones en la orientación de la economía. (...)Tal como afirmaba Keynes, las ideas económicas guían la política. Pero las ideas también son hijas de la política y de los intereses a que sirven”.

Galbraith (2009)

La crisis económica que se inicia en el año 2008 ha tenido repercusiones muy importantes en un corto periodo de tiempo para la vida de los ciudadanos. En el tercer trimestre de 2007 la tasa de paro según la EPA era del 8,03% frente al 23,78% correspondiente al primer trimestre del 2015, había 20.510.600 personas ocupadas, siendo en el 2015 esta cifra de 17.454.800 mientras que en el año 2007 aumentaba el número de activos en 175.200 personas, en 2015 en 127.400.

Cuando la actividad económica cae, los ingresos públicos varían en el mismo sentido y el gasto público aumenta para cubrir el desempleo y otras contingencias sociales.

La tasa de crecimiento del PIB pasó de tener crecimientos positivos, obteniendo el mejor resultado del periodo en el año 2000 con el 5,289% y tasas del 4,174% y 3,769% en los años 2006 y 2007 respectivamente, para caer bruscamente en el 2008 (1,116%) y en el 2009 con el -3,574%, según datos de la OCDE.

Por su parte, la renta per cápita cayó desde 34.022 euros en 2007 hasta 32.361 en el año 2010, para iniciar una leve recuperación en el año 2011 y 2012.

La caída de los ingresos públicos provoca déficit. Como respuesta al déficit y al rápido ascenso de los intereses de la deuda pública, los gobiernos han impuesto una política de control del gasto que se ha traducido en un debilitamiento de la red de protección denominada Estado de Bienestar.

En el caso de la sanidad, ha tenido como consecuencia la disminución en la cobertura prestada con la introducción de copagos, reducción de las personas aseguradas y recortes en la cartera de servicios.

La contención del gasto público que se genera durante los años de plena crisis, se manifiesta en el 2010 con una caída del gasto público de 4.488 millones de euros, registrándose el mayor descenso en 2013 con una reducción del gasto público de 34.529 millones de euros.

El aumento del desempleo ha producido un incremento del número de desempleados que perciben prestación, desde 1.773.425 en 2008 a 2.524.715 en el año 2014, habiendo alcanzado máximo en el 2010 con 2.976.191 personas, según datos de SEPES.

Pero al tiempo que aumenta el número de desempleados con prestación, cae el porcentaje de cobertura desde el 79,3% en el año 2010 hasta el 60,4% del 2014. Esta disminución se produce por la finalización de muchos derechos de prestación y el incremento de personas paradas de larga duración.

Con el incremento de personas desempleadas, el gasto en prestación experimenta un aumento considerable entre 2008 y 2009, manteniéndose prácticamente constante durante los años de crisis, en torno a los 30.000 millones de euros, a pesar de la disminución en el porcentaje de cobertura.

El aumento del porcentaje de trabajadores con ganancia baja, llegando a situarse en el año 2011 en el 18,90%, siendo el 17,85% en el 2013, sumado a las tasas de desempleo y la disminución de la cobertura de la misma, son el origen del aumento de la desigualdad. Existe un número importante de trabajadores con empleo cuyo salario les sitúa al límite de la supervivencia digna.

El índice Gini aumenta del 32,20% en 2009 hasta el 34,60% en 2013. Por su parte, el índice 80/20 muestra un incremento de las desigualdades en España de 7,5 veces por encima de la media europea.

El consumo de una familia determinaba su posición social, consumir más significaba ocupar un mejor status. Se podía consumir porque la cobertura de las contingencias vitales más graves corría a cargo de los poderes públicos.

Lo que empezó siendo una crisis financiera se ha transformado en una crisis social, política e incluso institucional. En definitiva, ha hecho aguas un modelo de vida con el que se había experimentado una mejora de calidad de vida y en la que el vehículo de ascenso social era el consumo privado cuya evolución es descendente especialmente con la crisis del 2008. El consumo de los hogares representaba el 59,697% del PIB en el año 2000 para bajar al 57,244% en 2013.

El sistema de pensiones, la sanidad y la educación de provisión públicas fueron resultado de un consenso entre conservadores y progresistas desde la II Guerra Mundial que supuso liberar de la carga de hacer frente en solitario a una contingencia. Es decir, bajo la protección de una red colectiva se asegura el desarrollo individual de la persona, pero sobretodo es un mecanismo de redistribución de renta.

La existencia de ese seguro colectivo de toda la sociedad requería la intervención de los poderes públicos y esa idea no gozó de consenso, por tanto, no llegó hasta bien entrado el siglo XX.

La idea de la regulación y el origen del Estado de Bienestar surge después de la Gran depresión del 29. Finalizada la II Guerra Mundial, con los llamados pactos keynesianos, se produce la expansión de los derechos civiles y políticos así como el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales y es el origen de las constituciones modernas. La *“revolución keynesiana”* fue la cuna porque aportó a la política dos principios:

En primer lugar, que las crisis se pueden combatir con políticas anticíclicas y que las políticas sociales aumentan la productividad del país. La intervención pública podía resolver los problemas de ineficiencia que genera el mercado mediante la provisión de bienes públicos, la inversión en infraestructuras, la regulación de los monopolios naturales y la corrección de externalidades.

En segundo lugar, las políticas sociales se asentaban sobre la idea de que el gasto social no era consumo, sino inversión en mejora de la productividad laboral.

Pero las ideas keynesianas fueron cuestionadas cuando se produjo el fenómeno de la estanflación, esto es, inflación y paro simultáneamente. Se inicia el cambio de paradigma tras la crisis del petróleo y se empieza a imponer la tesis de que los mercados, de forma espontánea, maximizan el bienestar social, o al menos la “eficiencia”. Se alertó de los riesgos de un Estado demasiado grande, de que la propiedad privada es más eficiente, que los equilibrios macroeconómicos favorecen la inversión y que la estanflación era provocada por las políticas anti-cíclicas, que hacían aumentar la inflación y no reducían el paro. De ahí que se defiende la desregulación, la privatización de los servicios públicos, la disminución del gasto público y el retorno a la confianza en que el mercado es el mejor instrumento de asignación de los recursos.

La influencia de estas posiciones, en muchos casos con una gran carga ideológica, hizo tambalearse el gran acuerdo que parecía inamovible: El Estado de Bienestar. Se puede decir que desde la caída del muro de Berlín en 1989 y la desaparición del riesgo que suponía para Europa Occidental el bloque comunista, se rompe el consenso sobre la forma de redistribución de la riqueza que supone el Estado de Bienestar y el culto al mercado sin restricciones se extiende a lo largo y ancho del mundo occidental.

La crisis actual ha reabierto con mayor intensidad el debate sobre la bondad de un sistema que necesita financiarse con impuestos y se desentiende del mercado. No ha sido solo un cuestionamiento de la sostenibilidad o de la provisión pública. El debate ha estado dirigido en varios ámbitos, político-ideológico, filosófico y económico, desde la conceptualización teórica de la igualdad como valor contrapuesto a la libertad, hasta el cuestionamiento de la propia sostenibilidad económica del sistema.

El mensaje insistente desde algunos ámbitos políticos, económicos y académicos es que el diseño futuro de la convivencia social debe retornar a formas individualistas.

En este contexto, de aumento del desempleo y los niveles de desigualdad, de un estancamiento de las capas medias en lo que se refiere a su ascenso social e inmersos en una crisis política e institucional, llega el momento de afrontar el debate sobre el futuro del Estado de Bienestar y de intentar arrojar algo de luz sobre el camino que se puede recorrer en el futuro.

El futuro del Estado de Bienestar, y en concreto del sistema sanitario, es el debate que ha interesado a esta investigación. Se intenta separar la confrontación puramente ideológica que se esconde detrás de gran parte del debate y aportar ideas sobre la sostenibilidad del sistema sanitario y la protección de la salud.

La profundidad del debate es enorme si se toma en consideración que la determinación del nivel de protección social es la dilucidación del paradigma político-social.

El resultado de la discusión viene condicionado por tres elementos: En primer lugar, por lo que la sociedad desea; en segundo lugar, por lo que permitan los recursos disponibles y, en tercer y último lugar, por la manera en que se estos se utilicen.

De los cuatro pilares esenciales que constituyen el Estado de Bienestar¹, en esta investigación nos vamos a centrar en la protección de la salud. En ese ámbito, la presente investigación trata de resolver tres preguntas que corresponden cada una a los condicionantes respectivos:

a) ¿Qué tipo de red de seguridad desea la sociedad ante las contingencias que en el transcurso de la vida puedan afectar a la salud? b) Esa red de protección requiere recursos económicos, es decir, ¿el mercado es capaz de satisfacerlo eficiente y equitativamente? En caso de que sea necesaria la intervención pública, ¿Disponemos de recursos para sostener aquellas prestaciones que deseamos? y c) ¿Qué prestaciones que representen la protección de la salud podrían ser cubiertas y de qué manera debe garantizarse su sostenibilidad?

I.1.El Derecho a la Salud: ¿Qué alcance y tipo de protección a la salud queremos?

El sistema jurídico, en una sociedad democrática, sintetiza los valores y el modo de convivencia que han elegido los ciudadanos que la conforman. Los valores superiores de libertad, igualdad y dignidad informan el ordenamiento jurídico y deben incorporarse a él. De esta manera los derechos van formando parte del acervo del sistema jurídico.

Esta incorporación se produce a lo largo de un proceso histórico, de manera que la incorporación no se produce en el mismo momento. Este hecho ha llevado tradicionalmente a una separación entre derechos de primera y de segunda generación. Los primeros serán los civiles y políticos recogidos antes en las constituciones, y los segundos, los económicos, sociales y culturales.

El presente trabajo parte de una pregunta que apela a un escrutinio muy amplio pero muy específico en su objetivo final: ¿qué componentes o dimensiones de la sanidad constituyen un derecho cívico fundamental que exige la máxima protección legal y económica por parte de la sociedad? O planteado de otra manera, ¿la protección de la salud constituye un derecho que debe incorporarse al sistema jurídico, porque es imprescindible para preservar y desarrollar los valores superiores, o no debe disponer de esa consideración?

En particular se destaca el cuestionamiento de la presunta preeminencia de los derechos políticos, civiles y patrimoniales, sobre los derechos políticos, sociales y económicos; una parte relevante de la argumentación busca la “*falsacion*” de este paradigma dominante, para revisar con mayores grados de libertad el marco de derechos y garantías de la protección a las necesidades sanitarias de la ciudadanía.

En el Derecho internacional el tiempo de la internacionalización de los derechos fundamentales es distinto al Derecho interno de los Estados. La internacionalización es relativamente reciente. La denominada humanización del Derecho internacional se produce en plenitud después de la Segunda Guerra mundial.

En el orden internacional no se distingue entre derechos de primera y segunda generación. Las generaciones de derechos humanos se producen al mismo tiempo, en 1948, con la Declaración, y en los Pactos de 1966, con los derechos civiles y políticos, por un lado, y los

¹ Tradicionalmente se aceptaban tres cimientos sobre los que se construía el Estado de Bienestar: Sanidad, educación y sistema de pensiones, actualmente se incorporan las políticas sociales, en el caso español fortalecidas por la ley de atención a las personas dependientes.

derechos económicos sociales y culturales, por el otro. La protección de la salud como derecho social se internacionaliza, por tanto, con la Declaración de Derechos Humanos. España recoge y desarrolla este derecho.

Pero cuando la sociedad toma la decisión de proteger un derecho exige contraer a su vez obligaciones colectivas e individuales de todos sus miembros. Decide soportar los costes y deberes del desarrollo del derecho lo que implica que prioriza sobre otras prestaciones o coberturas. Entonces, ¿por qué la sociedad decide proteger el riesgo de salud de sus individuos?

Sin duda la respuesta a esta pregunta está relacionada con la idea de lo que es justo y de lo que no que prevalece en una colectividad. A través de las teorías de la filosofía política sobre la justicia establecemos el marco teórico que configuran las cuatro grandes corrientes de pensamiento: Utilitarismo, liberalismo, marxismo y liberalismo igualitario.

La filosofía política bucea en la relación entre los poderes públicos, la ética, el bienestar y la salud, llegando a la conclusión de que solo mediante una construcción social modelada con una idea de justicia es posible resolver el sudoku.

Las distintas teorías buscan una explicación que arroje luz sobre el por qué en una sociedad de ciudadanos iguales se producen desigualdades evitables e injustas. Entre las distintas corrientes es el igualitarismo liberal el que ha brillado en el ámbito académico, de la mano de Rawls, Habermas, Dworkin o Amartya Sen, y el que mejores respuestas ha aportado a este desafío.

Si lo formuláramos en clave de hipótesis de investigación, la pregunta se configuraría en esta clave: ¿mejoraría el bienestar y la justicia social si diéramos mayor protección legal a los problemas y riesgos de salud?. Y si lo hacemos, ¿al desarrollar esta cobertura, no tendría esta mayor protección efectos indeseables sobre la libertad de las personas?, ¿y sobre la sostenibilidad financiera del sector público?.

Por lo tanto, ¿en qué medida las necesidades sanitarias de las personas pueden ser ponderadas de cara a una protección que refuerce lo fundamental, tutele activamente lo importante, y aborde selectivamente algunos problemas que individuos y sociedad valoran en cada momento como merecedores de protección pública?

Por último, en relación a este primer capítulo, se procede a explorar empíricamente qué preferencias tienen los ciudadanos frente a la protección de la salud que la sociedad debe otorgar a sus miembros, es decir, ¿existe una mayoría social que avale la incorporación de la protección de la salud como un derecho fundamental? ¿Es amplia esa mayoría social como para imponer el derecho a la salud y las obligaciones materiales que ello conlleva?

I.2. ¿Quién debe asegurar su desarrollo y con qué recursos debe hacerlo?

La protección efectiva de cualquier derecho tiene implicaciones con la asignación de recursos escasos. Por tanto, se trata de explorar como la economía analiza estos problemas en función de la naturaleza de los bienes y servicios de que se trate y su relevancia para los servicios de bienestar social.

Se procede a la exploración de la fundamentación del intervencionismo del Estado, es preciso analizar de manera concreta y completa qué problemas plantea la no intervención en el ámbito de la sanidad y cuáles surgen con la propia intervención, es decir, una revisión de los fallos del mercado y de los fallos del Estado en el mercado sanitario.

El mercado sanitario es un mercado complejo por sus propias características. En primer lugar no se puede hablar desde la óptica de un solo mercado sanitario, Hsiao (1995) distingue cinco mercados² y en cada uno de los se producen fallos. En segundo lugar, por tratarse de bienes públicos en algunos casos y bienes preferentes en otros. En tercer lugar, por el contenido de los servicios profesionales sanitarios, se produce una compleja trama de relaciones de agencia, motivadas en algunos casos por la información asimétrica, en otros por la complejidad de articular la prestación. En definitiva, los problemas que surgen como consecuencia de la no intervención son de eficiencia y de equidad en un servicio al que es muy sensible la sociedad.

Por su parte, existe literatura extensa sobre los fallos del Estado cuando interviene en un mercado. Desde la ausencia de precios, origen de ineficiencia, hasta las interferencias burocráticas y políticas. El Estado está en una mejor posición para subsanar los problemas de equidad pero surgen nuevos problemas de ineficiencia.

En todo caso, los Estados tienen una serie de obligaciones jurídicas en relación al derecho a la salud. Entre esas obligaciones básicas, que tienen su origen en el derecho internacional, destaca el garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, garantizar el acceso a un hogar, el suministro adecuado de agua limpia potable o facilitar medicamentos esenciales.

Desde ese ángulo, el enfoque restrictivo de salud como servicios sanitarios personales no permite fundamentar una exploración sólida y sistemática sobre sostenibilidad del derecho a la salud.

1.3. ¿Cómo hacer sostenible el derecho a la salud, y de manera especial cuando existen cambios económicos y sanitarios que cuestionan la solvencia y amenazan la equidad?

La tercera pregunta que se formula es consecuencia de las dos anteriores, ¿podría establecerse una síntesis entre lo que la sociedad desea y lo que le permiten los recursos disponibles?, es decir, ¿es posible satisfacer una necesidad social ampliamente compartida por la sociedad haciendo sostenible el sistema?

Corresponde, en primer lugar, establecer qué dimensiones afectan a la salud (sanitarias y extra-sanitarias) y las oportunidades que plantean para la acción, para ello, es necesario ensanchar el campo de investigación. La salud también impacta en variables poblacionales (movimiento natural de la población) y en el desarrollo económico y social; estas dimensiones configuran una compleja trama de co-evolución histórica que conviene identificar para entender la situación actual y proyectar los problemas y retos de futuro.

² Mercado de la financiación, de los servicios médicos, de servicios de instituciones como hospitales, mercado de inputs y mercado de capacitación profesional.

De la revisión de la literatura sobre determinantes de la salud se pueden obtener conclusiones en aras a mejorar los resultados en salud de la intervención pública. Estos factores que intervienen en el nivel de salud de las personas están relacionados con factores biológicos, ambientales, de estilo de vida, sociales y con el sistema sanitario de cada país.

Pero los estados no deciden su futuro cada mañana, sino que presentan fuertes dependencias de senda, donde el pasado configura y condiciona el marco institucional, legal y cultural. La construcción histórica de la institución llamada "Sistema Nacional de Salud" merece alguna consideración contextual a la hora de identificar los condicionamientos que impone para el presente y el futuro; y de manera más específica: ¿en qué medida establece una impronta en el marco Constitucional?

El modelo conceptual de la España predemocrática no contemplaba desde ningún punto de vista el carácter redistributivo del sistema de Seguros Sociales, adolece de deficiencias significativas que lo hacen no homologable a los países europeos. Su organización no era unitaria, tampoco su gestión y no había prácticamente transferencias del Estado al sistema, que era sostenido mayoritariamente por los trabajadores.

La Seguridad Social experimentó una enorme transformación entre los años 1977 y 1984, en todos sus aspectos esenciales: Organización, prestaciones, financiación y en su naturaleza, creando una Seguridad Social universal, general y redistributiva.

En lo que se refiere a los servicios sanitarios, la evolución tanto de los costes de la sanidad, como de los resultados obtenidos en salud son los factores que determinan la deseabilidad social y la sostenibilidad externa del sistema sanitario. En el escenario de crisis han prevalecido como medidas económicas la estabilidad presupuestaria y la austeridad en el gasto sanitario. Sin embargo, es preciso profundizar en estos dos planos, tanto en lo que se refiere a su contenido, como a sus consecuencias sobre el sistema.

Finalmente, el concepto de sostenibilidad, tanto externa -recursos disponibles para el sistema- como interna -mejor utilización de los recursos-, permite reconducir el análisis al objetivo inicial de la investigación, estructurar mejor el concepto de necesidades sanitarias, y establecer gradientes de protección legal e institucional en función de la naturaleza del daño (al individuo, a la sociedad o a la economía).

De hecho, la garantía de la satisfacción del derecho a la protección de la salud estará amenazada en momento de crisis económica o de cualquier otra contingencia si no goza de una protección jurídica coherente con la demanda ciudadana.

Establecer un contenido mínimo esencial del derecho desarrollando una propuesta de protección de las necesidades sanitarias, vinculando el nivel de protección exigible a la tipología caracterizada según sus consecuencias de la contingencia que debe ser cubierta, puede ser el primer elemento que contribuya a la comunión entre deseo y posibilidad y al tiempo a la garantía de la exigibilidad del derecho a la protección de la salud.

Es decir, se intenta establecer una configuración futura del derecho a la salud. Se trata de explorar los contenidos y alcance de la protección jurídica y económica de la salud como derecho fundamental, considerando las dimensiones políticas, sociales, económicas y sanitarias, y buscar una redefinición de qué contenidos y dimensiones de la protección de la salud debería formar parte del núcleo duro de los derechos constitucionales.

Los sistemas sanitarios públicos han de enfrentarse a necesidades sanitarias cambiantes, y por ello el derecho a la salud debe necesariamente actualizarse y repensarse en claves de

las transformaciones de la ciencia y la técnica médicas, de la morbi-mortalidad de los pacientes, de sus demandas y preferencias, y de la influencia que tienen los diferentes actores en este equilibrio (profesionales, industria, asociaciones de pacientes, etc.). La expansión de las acciones potencialmente clasificables como intervenciones sanitarias, obliga a plantearse si el derecho a la salud es unidimensional y total, o apela a diferenciación en los gradientes de protección jurídica y gubernamental.

En definitiva, el objetivo pasa por encontrar la eliminación de desigualdades injustas sin que ello produzca merma de libertad. Para ello, se plantea establecer un contenido mínimo esencial del derecho desarrollando una propuesta de protección de las necesidades sanitarias, vinculando el nivel de protección exigible a la tipología caracterizada según sus consecuencias de la contingencia que debe ser cubierta.

I.4. Objetivos y Metodología

Este trabajo se plantea un objetivo general, que se sustenta en tres específicos; los reseñamos a continuación en forma de preguntas de investigación:

Objetivo general:

¿Qué componentes o dimensiones de la sanidad constituyen un derecho cívico fundamental que merece la máxima protección legal y económica por parte de la sociedad?

Objetivos específicos:

1.- ¿Cuáles son los deseos, expectativas, preferencias y aspiraciones de la sociedad y los ciudadanos en relación a la protección de la salud?; y ¿cómo se han ido articulando el alcance y los contenidos del derecho a la salud desde la perspectiva evolutiva de los derechos humanos y la legitimación política y social?

2.- ¿Con qué recursos, quién y de qué modo se pueden garantizar las aspiraciones sociales y hacer efectivo el Derecho a la Salud?; y en particular, ¿qué nos aporta la economía para entender la cobertura por el mercado o el estado de los bienes y servicios sanitarios, y explicar las alternativas de prestación en términos de eficiencia y equidad?

3.- ¿Cómo implementar estas garantías cuando se erosiona la capacidad financiera pública?, ¿cambian las necesidades sanitarias?; y de forma más específica: ¿Cómo enfrentar el desafío a la sostenibilidad sanitaria en España, desde la perspectiva de la protección constitucional e institucional del Derecho a la Salud?

Por la amplitud de la exploración se precisa flexibilidad metodológica que permita combinar modelos de exploración teórico-deductiva para revisar los contenidos de las teorías que concurren en la construcción del actual paradigma del derecho a la protección de la salud, con abordajes históricos que revisan las lógicas evolutivas de los marcos institucionales que se han consolidado en nuestro entorno, con modelos de análisis integrador de información demográfica, sanitaria, económica y legal que permite ilustrar y en lo posible iluminar las hipótesis que van emergiendo del contraste de teorías y de la impugnación del paradigma dominante.

El aspecto metodológico de revisión de las teorías tiene un componente deductivo, que busca contrastar sus predicciones con la lógica de la evolución institucional, demográfica, social y económica, y que también indaga en las contradicciones con los marcos de filosofía política y economía política que han aportado la base de los paradigmas más robustos.

El marco conceptual desde el cual se inicia esta exploración, aporta una estructura de análisis muy abierta pero altamente focalizada, donde se inquiere en la posible jerarquización de las necesidades de salud y de los niveles de protección social sobre el ámbito de la salud. En esta medida el contraste va fluyendo, creando un marco de análisis fenomenológico que permite contrastar con elementos emergentes o inductivos, el componente deductivo del análisis teórico.

Desde un punto de vista más operativo, las metodologías de esta investigación han incorporado tres estrategias convergentes para avanzar hacia el objetivo central de esta investigación.

a) Revisión sistemática de la literatura que permita caracterizar los determinantes, evolución y situación actual de la salud y de los servicios sanitarios, el papel del Estado, así como de la respuesta de los poderes públicos en la organización de sistemas de salud que garanticen un nivel efectivo de protección de la salud colectiva e individual. Igualmente, el escenario de crisis económica y los debates suscitados en relación al conjunto de servicios de bienestar social, y en particular el ámbito de la salud y el caso español.

b) Análisis documental en el ámbito del derecho, la filosofía, y la economía política para identificar dimensiones del derecho a la salud, relación con los constructos de justicia y equidad, y articulación en las teorías de fallos del mercado y de fallos del Estado.

c) Análisis de bases de datos, de la información económica, social y sanitaria que nos permita ilustrar tanto el proceso de encarecimiento de los servicios sanitarios, de la evolución e impacto en la salud de las poblaciones, y de la opinión de la población sobre la relevancia del derecho a la salud y la legitimación de sus servicios sanitarios.

I.5. Proyectando los objetivos en la organización del texto.

Los objetivos específicos permiten articular la exposición con los tres grandes apartados de este trabajo:

a) El **Derecho a la Salud** configura el primer gran capítulo donde ordenamos la exploración de los siguientes ámbitos:

El de los derechos, indagando en los valores superiores y su incorporación como derechos fundamentales en el ordenamiento jurídico, así como la pugna entre derechos políticos y sociales y su revisión crítica.

Sobre esta base de los derechos humanos, se sitúa el derecho a la protección de la salud, con perspectiva histórica, internacional y nacional.

Es necesario también abordar el reto filosófico y político de garantizar justicia y equidad; las teorías de justicia social son necesarias para guiar la decisión colectiva sobre el alcance e intensidad de la protección que la sociedad debe brindar a sus ciudadanos.

Y, finalmente, resulta esencial constatar las preferencias sociales reveladas a través de datos empíricos que nos permitan comprender el nivel de legitimación social y apoyo a la sanidad, lo que se ha desarrollado con series históricas de datos del Centro de Investigaciones Sociológicas.

b) **La Protección de la Salud y la Prestación de Servicios Sanitarios** es un segundo gran capítulo que concentra la segunda dimensión del trabajo, centrada en analizar la forma en la cual se pueden garantizar los derechos anteriormente expresados como aspiración colectiva. Para ello recorre un camino extenso que incluye analizar:

Los enfoques y teorías económicas que permiten entender el intervencionismo del Estado en función de la naturaleza y características de los bienes. Los Bienes Públicos son objeto de un análisis más pormenorizado, y se ponen en contexto de discusiones históricas sobre el papel del mercado y del Estado.

Dado que el dilema sobre público-privado en la financiación, el aseguramiento y la provisión es de gran relevancia, se profundiza en el análisis de los fallos de mercado, y su aplicación en el ámbito de la sanidad, pormenorizando dimensiones donde se acumulan imperfecciones a las condiciones de eficiencia: la naturaleza de los bienes-servicios sanitarios, la cuestionable soberanía del consumidor, la incertidumbre en la aparición de la enfermedad y sus costes, la asimetría y relaciones de agencia, la especificidad de activos, etc.

Pero el intervencionismo público tiene también sus costes, y por ello se analizan los fallos del Estado, y su aplicación al ámbito de la sanidad, recorriendo dimensiones diversas, como eficiencia, rigidez, interferencia política e interferencia burocrática y gremial.

c) En la **Garantía Sostenible del Derecho a la Salud**, se abre un amplio capítulo donde ponemos a prueba los marcos expositivos de los capítulos anteriores, enfrentándolos con aspectos específicos tanto institucionales como de contexto, para buscar en qué medida se pueden resolver las aspiraciones de la sociedad en la protección de la salud, con los instrumentos de intervención que se han ido desarrollando hasta la fecha por parte de los poderes públicos:

Es necesario profundizar en la relación entre salud y servicios sanitarios, ya que los determinantes de la salud son muy relevantes e incluyen causas de enfermar e instrumentos de mejora de la morbimortalidad, que pueden ser esenciales para hacer más eficiente la intervención pública, y más sostenibles a sus sistemas sanitarios.

Salud, demografía y desarrollo socio-económico están profundamente vinculados, por más que los debates políticos y académicos tienda a fragmentar sectorialmente los análisis: por ello es importante establecer sus relaciones mutuas, y enunciar en qué medida la demografía (envejecimiento) y la economía (desempleo y emigración) añaden lastre a los esfuerzos de sostenibilidad sanitaria.

Desde un punto de vista empírico, toca caracterizar cómo han evolucionado los recursos dedicados al sector salud, tanto en España como en nuestro entorno geográfico, y tanto en términos agregados como en las desagregaciones habituales del gasto. Esta base nos permite cuantificar el grado de encarecimiento de los servicios, así como el efecto contractivo en el gasto público que ha tenido la crisis económica de 2008.

Además de los costes, debemos explorar la evolución de la salud; las indudables mejoras en la longevidad y calidad de vida se van atemperando y los costes marginales aumentan. Por ello, el reto de la llamada “sostenibilidad interna” exige cambios en las estrategias de intervención, que permitan incrementar la efectividad sanitaria, el impacto en la salud poblacional, y la mejora de la eficiencia.

La evolución de la tecnología, junto con los cambios en aspiraciones y preferencias de los individuos, y con la propia cultura ante la enfermedad de las sociedades, obliga a una revisión del concepto de necesidades de salud: la medicalización del malestar y la negación del envejecimiento y la muerte están expandiendo el campo de las necesidades de salud, de manera que el propio concepto de Derecho a la Salud debe ser revisitado de acuerdo a esta tendencia.

Sobre esta base, el trabajo formula una serie de reflexiones y propuestas, orientadas a hacer compatible esta inflación de costes y necesidades-demandas con una protección constitucional y sólida del Derecho a la Salud, sobre la base de una protección diferenciada que discrimine en función de la naturaleza de las necesidades de salud, en función de la gravedad y tipo de daño que ocasiona la no protección efectiva del Estado.

Finalmente, aunque la prestación de servicios no sea el objeto específico del trabajo, se formula como alternativa que concilia eficiencia y equidad, el Buen Gobierno: si el mercado crea ineficiencia e inequidad, y el Estado ha de asumir con sus propios fallos, la alternativa a éstos no tiene porqué ser volver al mercado, sino buscar nuevas formas de gobierno y gestión de los servicios públicos que permita retener la ganancia en equidad, y evitar las pérdidas de eficiencia.

I.6. Comentario final

La ideología tiende a vestirse con construcciones teóricas que dan veracidad a sus postulados. En el ámbito de las ciencias sociales es difícil separar el mundo real, con sus imperfecciones y sus equilibrios de poder, de los postulados teóricos.

Es un error no reconocer el rol político de la doctrina económica en las relaciones público-privadas. Así por ejemplo, en palabras de Galbraith (2009:326): *“La persistente supervivencia de la teoría clásica sólo pueden entenderse al comprobar que las creencias clásicas protegen la autonomía y los ingresos del sector empresarial, a la vez que sirven para ocultar el poder económico que ejerce como algo natural la empresa moderna al declarar que todo poder pertenece de hecho al mercado”*. La economía no existe en una burbuja, alejada de la política y del resto de poderes del momento.

En definitiva *“la economía no existe aparte de la política, y es de esperar que lo mismo siga sucediendo en el futuro”* (Galbraith 2009:326).

En esta investigación se intenta establecer una configuración futura del derecho a la salud sin ocultar esta realidad. Se trata, por tanto, de explorar los contenidos y alcance de la protección jurídica y económica de la salud como derecho fundamental, considerando las dimensiones políticas, sociales, económicas y sanitarias, y buscar una redefinición de qué contenidos y dimensiones de la protección de la salud debería formar parte del núcleo duro de los derechos constitucionales.

II. EL DERECHO A LA SALUD

“Un desarrollo político auténticamente humano es impensable sin un papel protagonista del Derecho en su constitución. A lo largo de la Edad Moderna, y hasta nuestros días, se ha ido manifestando, frente a otras corrientes, un fuerte movimiento de juridificación de lo político. La autonomía del gobernante, la arbitrariedad, han sido sustituidas, no sin gran esfuerzo y sacrificio, por la normatividad, por el Estado de Derecho.”

D. Gregorio Peces-Barba (1973:42)

II.1. El derecho a la salud como derecho fundamental

Aunque esta investigación no pertenece al ámbito jurídico, para abordar la protección de la salud se requiere un enfoque multidisciplinar. La perspectiva desde el Derecho ayuda a fijar el contenido conceptual de la protección estando vinculada a un conjunto amplio de cuestiones, desde perspectivas y enfoques distintos. Véase por ejemplo Romeo Casabona (1994: 515), sobre otras dimensiones Huerta S., (2012), Ollero, A. (1994: 25) y Nuñez Prat (1999: 260).

Los debates surgen en torno al mismo momento de inicio y hasta el final del ciclo vital en cuestiones como la interrupción voluntaria del embarazo, la eutanasia, los derechos del “nasciturus”, los progresos científicos etc. En nuestro trabajo no vamos a abordar estas controversias propias de la bioética y la ética, pero analizar el derecho a la salud exige partir de una concepción de los derechos humanos y del lugar del derecho a la salud en los mismos.

2.1.1. La perspectiva de los valores superiores: dignidad, igualdad, libertad

Una primera aproximación al derecho a la salud debe realizarse desde los valores superiores. El art. 1.1 de la Constitución hace referencia a algunos valores como la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político, cuya realización real y efectiva corresponde promover a los poderes públicos. La mayoría de ellos tienen relación con el derecho a la salud.

Desde una perspectiva general y axiológica se plantea cuáles deben ser los derechos humanos, (Sen 2010). Desde algunas posiciones se ha defendido que los derechos sociales, entre los que se encuentra el derecho a la salud, son “poder ser” más que “deber ser”, pues

su satisfacción dependería de la coyuntura económica y de las circunstancias. Serían derechos de segunda clase en relación con los derechos civiles y políticos, y en ese sentido no serían universales.

En cambio, en esta investigación se defiende que los derechos sociales y los derechos civiles y políticos tienen la misma naturaleza y valor jurídico, son indivisibles. Para Sen “*excluir todos los derechos económicos y sociales del sanctasanctorum de los derechos humanos sería como trazar una raya en la arena muy difícil de mantener*”(Sen 2010:417).

Con independencia de este debate, sobre el que volveremos luego, cabe realizar algunas consideraciones sobre los derechos sociales y el derecho a la salud, desde la perspectiva de los valores.

1) En primer lugar, sobre el valor de la *dignidad humana*. En realidad constituye una noción indeterminada que se utiliza para cosas muy variadas. El origen de este concepto se encuentra en la filosofía clásica, Platón, Aristóteles, Cicerón o Séneca traen nociones como el “cuidado de sí”, el “sapere aude”, el “carpe diem” o la noción de “ciudadano del mundo”, que llegarán hasta la modernidad y serán relevantes en la formación del concepto de dignidad (Pelé 2010).

En la actualidad el prestigio del concepto lleva a que sea utilizado tanto para “un roto como para un descosido”. Así, en el contexto del Tratado de Unión Europea aprobado en Lisboa en diciembre de 2007, vigente actualmente, la noción aparece tanto como un valor de la Unión, condición de adhesión, como en el marco de los principios, de los derechos reconocidos o de los objetivos a alcanzar en política exterior. Es una noción por lo tanto que sirve para cosas variadas.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la dignidad humana ha sido utilizada, a modo de cajón de sastre, como una noción a la cual acudir cuando no hay una norma expresa aplicable, es decir, como un valor del que cabe deducir la expresión de principios y normas concretas.

Desde la perspectiva de la salud, en cuanto derecho humano, la falta de goce y disfrute de ese derecho puede dejar al ser humano en situación “indigna”. Es decir la no satisfacción de determinados mínimos de los derechos supone una vulneración de la dignidad humana.

De esta manera, las personas que carecen del mínimo de prestaciones de salud, ven su “dignidad” en una situación de vulneración.

La dignidad también se invoca como fundamento de los derechos. El profesor Peces-Barba (2002: 69-70) ha desmenuzado el concepto de dignidad y ha encontrado algunos rasgos, como la indisponibilidad, que la caracterizan. Es decir, el propio individuo no puede disponer de su dignidad, y por ello está prohibida, por ejemplo, la venta de órganos, aspecto que tiene relación directa con la salud. Se trataría de un bien *extracommercium*, precisamente por afectar a la dignidad humana. Por ello, la autonomía de la voluntad individual tiene límites que derivan de la noción moderna de dignidad humana.

En este sentido la declaración de la Conferencia de Viena de derechos humanos, de 25 de junio de 1993 afirma que “*todos los derechos humanos tienen su origen en la dignidad y valor de la persona humana*”, dignidad que en la modernidad se ha colocado como fundamento de la ética pública (Peces-Barba 2002: 12 ss.).

La dignidad puede reflejarse tanto en la eliminación de elementos negativos que

obstaculicen su alcance, como en la promoción positiva de su desarrollo. Como indica Peces-Barba (2002: 69-70), la igual dignidad tiene relación con los conceptos de desigualdad, discriminación y diferencia, pues la desigualdad es incompatible con la dignidad. Para atajar la desigualdad puede ser necesario un trato desigual a favor de las personas o de los grupos que se encuentran en esa situación, por medio del derecho. Esa es la justificación del Estado social, proveer la satisfacción de las necesidades que obstaculizan la igual dignidad.

2) Otro valor que cabe traer a colación es la *libertad*. Fernando de los Ríos (1926:192), en su obra “*El sentido humanista del socialismo*” recordaba la íntima relación existente entre el nuevo constitucionalismo social y la libertad. Ese nuevo constitucionalismo superaba el formalismo del siglo XIX, con el constitucionalismo social, que niega a las cosas lo que es privativo de las personas, esto es, la libertad.

La libertad tiene dimensiones negativas (garantizar que no sea impedida o coartada por terceros), positivas (participar en los procesos de elección democrática) y reales (capacidad real para decidir, hacer o no hacer).

La libertad negativa es la ausencia de interferencias en el ejercicio de nuestra libertad. Esta concepción liberal de la libertad inspiró las revoluciones ilustradas. Sin embargo, no llevó a la construcción de los derechos sociales. La visión hegemónica del pensamiento liberal conservador, atribuye a la libertad un significado negativo en el sentido de ausencia de obstáculos e interferencias del Estado o de cualquier particular.

Si aplicamos esta lógica a la salud, nos encontramos con la tesis de los libertarios, con el mercantilismo sanitario. Desde esa posición el Estado debería realizar una función mínima que consistiría en centrarse en el mantenimiento del orden público y en la defensa de los derechos de propiedad y libertad (De Lora y Zuñiga 2009: 52 ss.).

En su estudio clásico, Naef (1973: 224) analiza una línea evolutiva en la que se evidencia el enriquecimiento extraordinario e incesante del contenido y de las competencias del Estado.

No proteger la salud y dejarla al albur de la beneficencia o el mercado, sería una vuelta al pasado y a una concepción liberal de la salud.

Desde el mercantilismo sanitario la salud no sería un bien especial. Esta posición olvida que es difícil aplicar la ley del mercado a la salud, sin más, pues el consumidor de asistencia sanitaria es un lego sobre la enfermedad, por la existencia de información asimétrica y por el hecho de que los precios de productos y servicios no reflejan las preferencias del consumidor. Tampoco es evidente que el mercado, por otro lado, sea más eficiente económicamente (De Lora y Zuñiga, 2009: 59 ss.).

Para el liberalismo conservador, la no intromisión del Estado en la esfera privada asegura la libertad. Pero este es un modelo basado en la igualdad formal y en la consagración de la autonomía de la voluntad y de la mercantilización del intercambio a través de contrato, no en la igualdad real y efectiva, que exige que el Estado adopte medidas.

Otras concepciones liberales han defendido que el Estado puede y debe cubrir necesidades básicas y ampliar la autonomía de las personas. Así, el liberalismo igualitario ha defendido el “trato desigual” como un instrumento para alcanzar cotas de igual libertad.

En este sentido, los derechos sociales pueden ser considerados como derechos de libertad frente al poder o a la realidad de los efectos del mercado. De otra manera, los derechos

civiles y políticos pueden ser vistos como derechos de igualdad.

Negar la necesaria interacción entre unos derechos y otros sería un error, sería como negar la relevancia de la libertad en el desarrollo de determinados requisitos en un procedimiento médico en el caso de un paciente que se niega a una transfusión de sangre o a determinada operación por motivos religiosos, o un médico que se niega a un tratamiento o a practicar una interrupción del embarazo por motivos éticos.

Desde la teoría libertaria se considera que la salud no es un derecho y que en todo caso no sería autónomo de otros como el derecho a que la salud no sea dañada por terceros, del derecho a adquirir asistencia sanitaria en el mercado o del derecho a la libertad y propiedad. Cada individuo sería libre de cuidar o no su cuerpo y de cómo hacerlo. Autores como Buchanan, llegan a considerar que un mínimo sanitario debe ser un principio rector, pero no un derecho subjetivo. Lema realiza un análisis sobre las posiciones de Engelhardt y de Buchanan, dos exponentes prestigiosos de estas tesis (Lema 2010: 296).

Frente a esto, desde las tesis utilitaristas se defiende que lo más justo sería un sistema en el que se aumentase al máximo la salud agregada de todos los ciudadanos. Esta posición presenta algunas dificultades, como establecer cuál es el criterio o criterios para medir la salud agregada, sobre todo en relación con la medición en personas y grupos vulnerables (personas con discapacidad, pobres, más graves, mayores..).

Para Dworkin, la tesis del seguro prudente debe llevar a corregir el mercado en tres dimensiones éticas, y una vez hecho esto la ciudadanía debe decidir en qué gastar (Lema 2010: 98-99). Frente a esta tesis, Lema considera que no entrarían en el seguro prudente las enfermedades raras o las vinculadas con los ancianos. En todo caso, desde una perspectiva teórica no deja de ser muy difícil determinar en abstracto qué son las necesidades básicas.

3) Desde la perspectiva del valor igualdad existen fundamentalmente dos dimensiones. Igualdad formal y la igualdad material.

La igualdad formal, ante la ley o la no discriminación, conecta con dos valores como la seguridad jurídica y la idea de que la ley se dirige al hombre como ser abstracto. La ley es igual porque es general, independientemente de las coyunturas sociales. Es una de las ideas fuerza del republicanismo, tal y como se incorpora en el art. 6 de la Declaración de derechos humanos de 1789.

La segunda dimensión del concepto de igualdad es la igualdad material, más vinculada al Estado social, que surge posteriormente a principios del siglo XX. Se orienta en el sentido aristotélico de remover las desigualdades materiales y sociales, en el sentido del art. 9.2 de la Constitución española cuando indica *“corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*. Es lo que se ha denominado igualdad como equiparación.

Esta igualdad se puede lograr de dos maneras. Haciendo desaparecer un privilegio, o reconociendo un derecho subjetivo que tenga por objeto promover la eliminación de ciertas desigualdades. Tradicionalmente se ha señalado que los derechos sociales son derechos de igualdad material por sus fines (igualdad en el trato material a las personas) y por los instrumentos jurídicos. La igualdad material no siempre requiere una diferenciación.

Desde posiciones contrarias a la indivisibilidad y al mismo valor jurídico, que abordaremos luego, de los derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales, se ha indicado que los segundos serían subalternos o secundarios respecto de los primeros. A tal efecto se vincula el concepto de dignidad a derechos civiles y políticos (como la vida, la integridad física o la intimidad), pero no tanto a la satisfacción de las necesidades básicas (como la educación, la salud o la vivienda), que por otra parte, son imprescindibles para una vida digna.

Relativo a la igualdad es la estructura igualitaria de un derecho, esto es lo que le convierte en derecho fundamental, y no en un privilegio. La estructura igualitaria es no excluyente o selectiva, que sería más propia de un privilegio. Un ejemplo sería la igualdad en derechos entre ciudadanos y extranjeros.

En el Derecho internacional los derechos humanos parece que se atribuyen a las personas y no a los ciudadanos. Pero bien mirado, el Derecho internacional permite la no equiparación en derechos, salvo en el estándar mínimo. Según una vieja tradición, se reserva a los primeros el olimpo de los derechos. En la actual sociedad de la globalización, la emigración que es resultado de la búsqueda de prosperidad de muchos seres humanos, ha tenido como consecuencia en muchos Estados una mayor desigualdad en el acceso a los servicios que satisfacen derechos fundamentales.

Así, las últimas reformas legislativas en el Estado español determinan la expulsión de personas inmigrantes y otros colectivos que no disponen de una situación de residencia regularizada, de la prestación de algunos servicios sanitarios básicos (por ejemplo el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1192/2012 que regula la condición de asegurado y beneficiario a los efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del SNS). Esta dialéctica de ciudadanos no ciudadanos es semilla de desigualdad, algo que va contra la idea de igual satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas.

Los derechos sociales pueden conectarse con la ausencia de discriminación, es decir, con la igualdad formal, y con la capacidad para compensar o remover desigualdades, es decir, con la igualdad real o sustancial. En todo caso, esta línea igualitaria no trata de asignar el mismo punto de llegada, tan sólo remover obstáculos por acción- o impedir acciones en otros casos- para que el punto de partida sea el mismo.

La igualdad de oportunidades puede efectuarse de dos maneras: bien eliminando obstáculos y barreras que la impiden, bien promoviendo las condiciones para que todos los individuos tengan acceso a los bienes básicos. Lo que algunos denominan igualdad de oportunidades sólo se puede lograr eficazmente mediante medidas tendentes a ser generalizadas y equiparadas. Un ejemplo claro, es la asistencia sanitaria como derecho universal.

Sobre cómo alcanzar los valores en los sistemas democráticos, las recetas no son siempre iguales entre las diferentes fuerzas políticas. De ahí que, más allá de acuerdos en torno a grandes nociones, siga teniendo sentido la existencia de diferentes opciones políticas.

Sobre esto, Bobbio (1995: 15 y 101 ss.), en su obra *“Derecha e izquierda. Razones y significados de una distinción política”*, señala que la gran diferencia entre la izquierda y la derecha es la diferente actitud ante el ideal de igualdad. Los que se declaran de derechas tienden a considerar las desigualdades como un dato no eliminable y frente al que ni siquiera deben desear su eliminación. Los que se declaran de izquierdas dan mayor

importancia en su conducta moral y en su iniciativa política a lo que convierte a los hombres en iguales”.

2.1.2. Los modelos de incorporación de los derechos fundamentales en el orden jurídico

Para Fernández Sarasola (2004) existen tres modelos de incorporación de derechos a los ordenamientos jurídicos. Esta distinción no significa que las aproximaciones histórica, racionalista y positivista no puedan ser compatibles y enriquecerse mutuamente.

En este trabajo se consideran los derechos fundamentales y el derecho a la salud, desde un iuspositivismo moderado abierto a la moral y al contexto socio-histórico. Es decir, consideramos que no existen derechos fundamentales hasta que no los reconoce el poder legislativo de que se trate, pero este iuspositivismo debe corregirse desde una aproximación sociohistórica y axiológica necesaria para no entrar en el reduccionismo iuspositivista o iusnaturalista.

El Derecho está abierto a los valores y a la moral, a través de sus propios cauces, así como al contexto socio-histórico, en esa triple aproximación al derecho a la que hacía referencia Reale (1997). Hagamos una breve referencia a los tres modelos, que permiten comprender nuestra posición:

1) Modelo Iusnaturalista: En una aproximación iusnaturalista, el Derecho tendría su origen bien en Dios bien en la razón natural. En distintas variantes y escuelas, el Derecho natural, que tiene aspectos positivos por tener en cuenta la moral en el Derecho, contiene elementos inasumibles desde la perspectiva de su fundamentación.

2) Modelo Histórico: según este modelo, los pilares jurídicos y sociales del Estado y del ordenamiento jurídico se han forjado a lo largo del tiempo. Bobbio (1991:68) ha indicado, que los derechos humanos son derechos históricos que han surgido gradualmente y no todos a la vez y para siempre. Es decir, que los derechos nacen cuando pueden, por lo que su aparición es resultado de determinados condicionantes históricos, reivindicaciones y circunstancias que favorecen y permiten su aparición y su reconocimiento jurídico en el derecho interno e internacional.

Por su parte, Peces-Barba (1982) ha liderado un estudio monumental, interdisciplinar que evidencia que los derechos humanos son fundamentalmente un producto histórico. No se puede hablar propiamente de derechos humanos hasta la modernidad, cuando en la cultura política de ese momento empiezan a aparecer y a desarrollarse determinadas ideas de la cultura política como la dignidad, la libertad o la igualdad, y se producen determinados hechos en el tránsito a la modernidad, en el que germinan los derechos humanos.

Antes de la modernidad, en periodos pre-modernos encontramos antecedentes e instituciones que se asemejan a los derechos humanos, como la Carta Magna de Inglaterra, del Rey Juan Sin Tierra (1215), la pragmática de los Reyes católicos declarando la libertad de residencia (1480), las Siete Partidas, entre otros muchos textos y documentos. (Peces-Barba et al. 2001, también Johnston 2006 y Travieso 1993).

Es en la modernidad cuando se empiezan a construir los derechos fundamentales en un largo proceso histórico. En periodos premodernos muchas normas, consolidadas como

libertades o derechos concretos, eran no escritas, de naturaleza consuetudinaria.

Estos derechos no eran extensibles, se otorgaban solo a aquellos estamentos que correspondían con cada una de las partes que realizaban un pacto con el monarca, por lo que en gran medida en la antigüedad eran privilegios, que no son derechos en el sentido que hoy los conocemos.

La noción de derechos humanos se crea en la modernidad, desde las revoluciones liberales, fundamentalmente la revolución francesa, y su contenido se ha ido enriqueciendo desde entonces, en cuanto al abanico de derechos reconocidos.

En los antecedentes de los derechos humanos nos encontramos, pues, con progresivas limitaciones a la acción del poder real, y a la protección de las personas y de las propiedades frente al poder arbitrario de los reyes. El mantenimiento del derecho consuetudinario, que en parte ha permanecido hasta la actualidad, se ha reflejado en autores como Montesquieu, Vico, Hume, Burke, Chateaubriand o Balmes.

3) Para el positivismo, los derechos nacen cuando los reconoce el poder normativo. El derecho vigente es el derecho puesto, el derecho de creación humana a través de los cauces procedimentales del ordenamiento jurídico. El derecho es creado por el poder vigente en cada momento, tanto en el Estado como en la Comunidad internacional. El hecho fundante básico del Derecho es, como decía Peces-Barba, el poder, el cual a su vez puede ser un poder legítimo o no, en función de determinados criterios.

Una aproximación positivista es compatible con una aproximación histórica. Un positivismo moderado puede también abrirse a la perspectiva axiológica. En este sentido, proponemos la consideración de los derechos humanos como producto histórico desde un positivismo moderado, abierto a los valores, considerando que es la mejor concepción tanto desde la perspectiva teórica como desde la utilidad que puede tener como instrumento de transformación en sentido solidario.

2.1.3. El derecho a la salud como derecho fundamental: consideraciones previas

Lema (2010), ha realizado un análisis sobre los múltiples debates existentes sobre la fundamentación filosófica del Derecho a la salud. Desde la perspectiva terminológica utilizamos, de un lado, la expresión derecho a la salud y derechos fundamentales, de otro. Concebimos el derecho a la salud como sinónimo de “derecho a la protección de la salud”, “derecho a gozar de un nivel adecuado de salud” o “al máximo nivel posible de salud”. Estas u otras expresiones similares muestran que estamos ante un derecho complejo que tiene varias dimensiones (asistencia sanitaria; políticas sanitarias del Estado, y de medio ambiente, seguridad, políticas tendentes a evitar desigualdades sociales; derecho a no ser dañados en la salud por terceros), y una doble vertiente negativa (no ser dañados en la salud) y positiva etc. A efectos clarificadores también se puede distinguir entre salud pública, término que tradicionalmente aludía a la actividad de la Administración para prevenir y promocionar la salud, y asistencia sanitaria, en tanto que tratamiento de una determinada enfermedad.

Sobre el derecho a la salud seguimos un concepto holístico y transversal, que va más allá de una concepción biomédica e incluye dimensiones económico-sociales. Esta noción es la que está en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que la

define: “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades y en otros instrumentos internacionales”³.

Por salud pública se concibe el conjunto de políticas públicas de salud, que pretenden garantizar al conjunto de la población un determinado nivel de salud y afrontar institucionalmente los riesgos y amenazas a la salud de las personas. (Rafols 2010: 23) aborda desde una panorámica general la dimensión internacional de la salud y pone de relieve su “*carácter holístico, transversal e internacionalizado*”.

En este sentido, como otros autores, esta investigación se acerca a la concepción del derecho a la salud en el ámbito internacional, en tanto que *derecho universal y complejo*, que abarca múltiples dimensiones de la realidad socioeconómica. Se superan así, como indica (Lema 2010: 296), los reduccionismos derivados de la consideración del derecho a la salud solo como derecho a la asistencia sanitaria, o del derecho a la salud como derecho de prestación.

De otro lado el término *derechos fundamentales* es el más adecuado al referirnos a los derechos, en particular al derecho a la salud. A nuestro juicio esta denominación es preferible a la de derechos naturales, derechos morales, derechos públicos subjetivos o libertades públicas, que han sido utilizados en ámbitos académicos y jurídicos. En esto seguimos al profesor Peces-Barba (1995: 36-37), ya que consideramos que con esta denominación no se incurre en los reduccionismos iusnaturalista o positivista. Se pueden abordar otras dimensiones jurídico-políticas (Pisarello 2007; Ferrajoli 2001). Pero en nuestro trabajo seguimos una noción de derechos fundamentales en tanto que reconocidos e incorporados al orden jurídico por el legislador, nacional e internacional, y no así solo ni principalmente en una dimensión filosófica, sino propiamente jurídica. En este sentido, el derecho a la salud es un derecho fundamental reconocido por el derecho nacional e internacional.

2.1.4. Origen y evolución del Derecho a la salud.

a) Los derechos fundamentales desde el tránsito a la modernidad.

En el tránsito a la modernidad se producen determinados hechos en los que se inicia el camino de los derechos humanos, en los que la salud se ve solo al final de ese largo iter.

En el tránsito a la modernidad el derecho a la salud no existía, sino que formaba parte de la *beneficencia*, como tampoco se había formado todavía la idea contemporánea de los derechos humanos, ni se habían construido estos en el Derecho. La sociedad europea de Estados se desvincula de la tutela papal desde Westfalia (Fernández Liesa, 2013: 47), lo que lleva a un periodo en el que se inicia el iter de los derechos humanos, con la formación lenta y progresiva de sus primeros antecedentes.

La libertad religiosa es el primer derecho fundamental moderno, que se va configurando en tratados de protección de minorías religiosas. Además, Chetail (2011), ya señala cómo la modernidad da lugar a los inicios de un derecho común internacional de extranjeros. El

3 -Como la Declaración de Alma-Ata, de 1978, la Carta de Ottawa, de 1986, o en la Observación General nº 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales.

descubrimiento de América llevó a plantear la existencia de una Humanidad no cristiana y a ideas como la de género humano (Suárez) o al reconocimiento del Indio como parte de la humanidad (Vitoria). No se produce solo el descubrimiento del mundo sino también, como señalaba (Elliot 1991: 67 ss), el descubrimiento del hombre.

Será muy relevante en el tránsito a la modernidad la aparición de la burguesía y del capitalismo, para el inicio de los derechos fundamentales modernos. Como ha indicado (Peces-Barba (1982: 10 ss) no es casual que los derechos fundamentales aparezcan en los países en que el capitalismo y la revolución industrial estaban más avanzados puesto que la burguesía va tomando conciencia de su poder. Esto permitirá el paso de la sociedad feudal a la capitalista.

Del mismo modo, de manera paradójica, la formación del Estado absolutista en la modernidad será el paso previo al Estado liberal, cuna de los derechos fundamentales. En todo caso será la creación del Estado, tanto en el modelo anglosajón como en el continental, el paso previo a su limitación. Este proceso de cambio dura varios siglos y serán las revoluciones francesa y norteamericana las que empiezan a consolidar los derechos civiles y políticos o de primera generación. Ambas revoluciones tuvieron un gran impacto sobre los derechos humanos. Primero en tanto que construcciones internas, posteriormente como modelos para otros países, que irán generalizando el reconocimiento de los derechos humanos.

En España será la Constitución de 1812 la primera con carácter moderno, que incluye no un catálogo pero sí ya algunos derechos. Desde esta época aparece la noción de derecho subjetivo, en tanto que invocable por el particular, y de ley. (García de Enterría (1994: 102 ss). Este proceso supuso importantes limitaciones para el Estado absolutista, que se transforma en liberal con el reconocimiento de los derechos civiles y políticos que limitaban el poder del Estado.

En este momento, aún no se puede decir que nazcan los derechos sociales, pues están impregnados de las aspiraciones de la burguesía de tener su propio espacio, limitando el poder absoluto del Rey.

En cuanto a estos derechos, hay desde la modernidad diversas etapas históricas en su nacimiento y desarrollo. En la modernidad las circunstancias sociales, económicas y culturales cambian y eso completa los cimientos de los derechos sociales, desde nuevas perspectivas, aunque se utilicen, como decía Peces-Barba, muchos hilos viejos para tejer la nueva tela.

En ese sentido, uno de los momentos estelares es la aparición de la idea de economía política medieval, y no de economía moral. En ese contexto, aparecen los fisiócratas que exaltan el derecho de propiedad y se va construyendo un consenso sobre los derechos humanos clásicos. (Peces-Barba 2007: 427 ss.)

Empieza a aparecer la preocupación por los pobres, por ejemplo con Tomás Moro en su Utopía, que rechaza la incipiente mentalidad capitalista (Peces-Barba 2007). En el desarrollo de los ideales de fraternidad y solidaridad existen diversas posiciones religiosas y laicas, que como indica Peces-Barba desempeñaron un protagonismo que precede al socialismo ético naciente, especialmente desde mediados del siglo XIX. También habrá autores contrarios a los derechos sociales, con representantes como Malthus, que consideraba muy negativa la intervención de los poderes públicos en la satisfacción de las necesidades básicas (Peces-Barba 2007). Otros como Mably, Morelly, Rousseau, Condorcet o Paine defendieron la idea de solidaridad e igualdad, fundamento último de los derechos

sociales. Condorcet, liberal progresista, tal vez sea el primer autor en defender la fundamentación de la idea de seguridad social, el derecho a la educación.

En el siglo XIX, se van configurando las líneas de la ideología del Estado social y de la fundamentación de los derechos económicos, sociales y culturales, en autores como Saint Simon, Fourier, Owen, L. Blanc, Lasalle o Bernstein, entre otros. En ese contexto aparecen los rasgos del pensamiento del socialismo democrático, en cuyo seno se gestan los derechos sociales (Peces-Barba 2007: 462).

2.1.5. Los inicios de los derechos sociales y la internacionalización del derecho a la salud.

Hay que precisar que el tiempo de los derechos es distinto en los derechos internos y en el Derecho internacional. En los primeros, como señala (Fernández Liesa 2013: 22), tiene relación con el nacimiento del Estado liberal y del Estado social, respectivamente.

En el Derecho internacional el tiempo de la internacionalización de los derechos fundamentales es distinto. La internacionalización es reciente. La denominada humanización del Derecho internacional se produce en plenitud después de la Segunda Guerra mundial.

En el orden internacional las generaciones de derechos humanos se producen al mismo tiempo, en 1948, con la Declaración, y en los pactos de 1966, con los derechos civiles y políticos, por un lado, y los derechos económicos sociales y culturales, por el otro.

Sin embargo, dentro de los Estados, los derechos sociales nacen después de los derechos civiles. Estos nacen con las revoluciones francesas de los siglos XVIII-XIX, mientras que los derechos sociales son deudores del Estado social que se origina en la primera mitad del siglo XX.

Las primeras declaraciones de derechos humanos, de 1776 (americana) y de 1789 (francesa) habían supuesto el reconocimiento de los primeros derechos frente al poder absoluto del Estado, en el marco de revoluciones burguesas. En todo caso tanto las declaraciones, como las constituciones de 1791 o de 1793 reconocen derechos civiles y políticos, pero no de carácter económico, social y cultural.

Durante el *siglo XIX se inician los movimientos sociales precursores del auge de los derechos sociales*. Los excesos del capitalismo y el empeoramiento de las condiciones de vida de la clase trabajadora propiciarán el *inicio de la cuestión social*, y de los movimientos obreros que buscarán la mejora de sus condiciones de vida.

En los periodos revolucionarios de 1830 y 1848, el ataque a las máquinas simbolizará el rechazo a unas duras condiciones vitales de los obreros. Como botón de muestra de la dureza de las condiciones de vida, las tasas de mortalidad infantil llegaron a ser del 50% en hijos menores de dos años de los obreros de algunos sectores productivos.

En ese contexto se crean sociedades de mutuo socorro, cámaras sindicales y cooperativas. Cuando es derrotado el movimiento revolucionario se produce una contención en el reconocimiento de derechos sociales que culmina con la Constitución de noviembre de 1848.

Del mismo modo en España se dieron en el siglo XIX algunas manifestaciones, reales e intelectuales, del movimiento revolucionario y de la cuestión social (Marx 2009), también (Domenech 2004).

Tanto este periodo revolucionario como la comuna de París de 1871 fueron un punto de inflexión en la tensión entre políticas sociales conservadoras y los derechos sociales igualitarios. En muchas ocasiones los avances sociales se han producido como cortafuegos al avance de procesos revolucionarios.

De esa manera, las leyes sociales de Bismarck en el periodo entre 1883 y 1889, las realiza un gobierno en un sistema no parlamentario como un mecanismo de apaciguamiento de posibles revueltas en tiempo de crisis. La Ley de Junio de 1883, establece un seguro obligatorio para los obreros con una renta anual de menos de 2000 marcos que cubre situaciones de enfermedad, en 1885 y 1886 se amplía a otros trabajadores; la Ley de 1884 establece cotizaciones para los empresarios y la ley de 1889 establece un seguro pagado a partes iguales por trabajadores y patronos.

Durante el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX surge el derecho laboral, el derecho de sindicación, de huelga y de negociación colectiva, así como el primer impuesto sobre la renta en 1895.

Para el liberalismo democrático, las reivindicaciones del movimiento obrero son un factor que requiere una actitud inclusiva. Para el socialismo, la democracia representativa y los derechos civiles y políticos admiten la posibilidad de realizar desde ellas el ideal socialista.

Desde la perspectiva del origen de los derechos sociales en el orden internacional, desde finales del siglo XIX empiezan los precedentes intelectuales y sociales del Estado social, (Sotelo 2010 y Droz 1979). Surgen de la lucha obrera, del movimiento contra la opresión y los excesos del capitalismo y de la aparición del socialismo como ideología. Posteriormente se dará el Welfare State americano, que tendrá sus precedentes asimismo en la constitución de la República española, o en la de Weimar, así como en la de los Estados Unidos mejicanos.

La práctica internacional de aquella época era incipiente, pero dio lugar al nacimiento del denominado Derecho internacional obrero (Fernández Liesa 2013: 115), muestra del cual es el convenio de Berna de 26 de septiembre de 1906, que inicia el Derecho laboral internacional.

Desde fines del siglo XIX empieza la internacionalización de la cuestión obrera, la difusión de la legislación internacional de protección de los trabajadores, las primeras conferencias internacionales que, a iniciativa de Suiza y posteriormente de Alemania se van a realizar y que constituyen antecedentes de la Organización internacional del trabajo, creada en 1919, en el marco de los acuerdos de paz de la primera guerra mundial.

Es ahí donde están los inicios del *derecho social internacional*. Ya el art. 427 del Tratado de Versalles establecía un conjunto de principios del derecho social internacional. Entre ellos, que el bienestar de los asalariados era esencial, que el trabajo no debía de ser considerado como una mercancía, el derecho de asociación, el pago de un salario digno que asegure un nivel de vida decoroso, los límites del horario laboral, el principio salario igual sin distinción de sexo, por trabajo de igual valor, etc.

A finales del siglo XIX se sitúan otros derechos económicos, sociales y culturales, en particular, el derecho a la salud. El derecho a la salud encuentra su origen, en el ámbito internacional, en la cooperación sanitaria internacional desde mediados del siglo XIX.

En las primeras décadas del siglo XX, la preocupación sanitaria internacional dio lugar a teorías sobre el control de la población, las legislaciones sobre la esterilización de personas con discapacidad mental, (Huguet 2012: 25-58) en países como Estados Unidos, Suiza, Suecia, Dinamarca, Alemania, Noruega, Finlandia o Islandia o al incremento de la cooperación sanitaria internacional y de los reglamentos sanitarios. Por lo tanto hasta ese momento la salud, era un objeto de preocupación internacional más que de un derecho fundamental, pero esa preocupación está en la base del posterior y progresivo reconocimiento del derecho a la salud en los ordenamientos internos y en el ordenamiento internacional.

Después de la II Guerra Mundial, con los pactos keynesianos, se produce la expansión de los derechos civiles y políticos y el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales y es el origen de las constituciones modernas. En este sentido cabe indicar varias cosas.

De un lado, que durante la Segunda Guerra Mundial el *Mensaje de Roosevelt de 6 de enero de 1941* hacía referencia entre otros (libertad de expresión, libertad religiosa, preocupación por la seguridad internacional) al derecho de estar al abrigo de la necesidad, lo mismo que otros instrumentos durante la guerra.

Así, la *Declaración de las Naciones Unidas, de 1 de enero de 1942, o la Declaración de Filadelfia, de 1944*, que vincula la paz a la justicia social, antecedentes inmediatos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, primer instrumento internacional que reconoce el derecho a la salud en el art. 12.

De otro lado, si bien la guerra fría retrasó la posibilidad de un pacto rápido en derechos humanos, también de manera curiosa coadyuvó a que hubiese un consenso entre el este y el oeste sobre derechos humanos, es decir, que se desarrollará *no solo la concepción liberal sino también la concepción socialista de los derechos humanos*.

Esto se refleja claramente en el análisis de los desarrollos normativos internacionales existentes en derechos humanos desde 1945, tanto en la *Declaración de 1948 como en los pactos de 1966*. La doctrina occidental consideraba de mayor relevancia los derechos civiles y políticos, mientras que los sociales eran más apoyados por los países socialistas.

El origen del Estado de bienestar se debe asimismo, como ha analizado Hobsbawm, a que entre 1945 y la crisis del petróleo se produce la época dorada, la Edad de oro, con un crecimiento europeo y occidental muy fuerte y sostenido en el que va a ser posible la consolidación del Estado social, (Hobsbawm 2012) del Estado de bienestar, fundamentalmente en occidente.

El origen del Estado social encuentra sus raíces tanto en la necesidad de cambio en la estructura política como fundamentalmente en la estructura social. Se produce una *mutación del Estado que se concibe como social*, a diferencia del Estado autoritario, (Fernández Liesa 1996: 57-103); (Aberdroth 1986: 14); (Forsthoff 1986: 46 ss.) (Parejo 1983: 33 ss.) o del puramente liberal o de no interferencia .

El Estado se caracteriza desde entonces por unas finalidades sociales superando la mítica división Estado-sociedad y por la caracterización teleológica del primero. Hoy en día el reto es el mantenimiento en Europa de un modelo social que se ha visto deteriorado en el contexto de la crisis financiera internacional.

El Estado de Bienestar tiene como principales características la intervención de los poderes públicos en la economía, en el ámbito laboral y en la aplicación de políticas sociales.

La intervención del Estado se produce, por un lado en políticas fiscales expansivas que deben tener como resultado el aumento del nivel de empleo, en la creación de las bases institucionales necesarias para que pueda producirse el diálogo y la concertación social, y por tanto, se reduzca de manera importante la conflictividad laboral, así como en la red de prestaciones públicas, en forma de políticas sociales que garantizasen la cobertura de las necesidades mínimas de la sociedad.

Para todo ello, el Estado debe asegurarse la suficiencia recaudatoria mediante los sistemas fiscales progresivos que tienen además un segundo objetivo de redistribución de rentas. El Estado de Bienestar es la síntesis de un pacto socio-liberal que representa el paradigma de gran parte de la segunda mitad del siglo XX. Desde finales del siglo XX y, especialmente en los inicios del siglo XXI, en medio de una importante crisis económica, estamos asistiendo a un cambio de paradigma, el abandono del modelo social y democrático para tomar fuerza las posiciones del modelo neoliberal y el debilitamiento del Estado de Bienestar.

Los derechos sociales en particular, y el derecho a la salud, en especial, tienen el reto de la sostenibilidad ante el debilitamiento del Estado en la globalización, y ante la falta de empuje de los derechos sociales como consecuencia del triunfo del mercado y de las teorías más liberales.

2.1.6. Las dimensiones internacionales de la salud.

El derecho a la salud está reconocido en múltiples ordenamientos constitucionales, así como en el derecho de la Unión Europea y en el Derecho internacional. En gran parte esto es debido a las diversas dimensiones internacionales de la salud.

Indica (Pons Rafols 2010: 27) que la globalización ha conducido a un nuevo estadio de transición epidémica y la magnitud de la interdependencia sanitaria global ha llevado a una *globalización de la salud y a que preocupe como nunca la salud global o salud pública mundial*.

Esto es debido a un incremento de los movimientos humanos, de mercancías y bienes que contribuye también a la propagación de enfermedades; además la mayor influencia de los medios de comunicación ha conducido a una percepción mayor de los riesgos vinculados a la salud.

Los avances científicos y tecnológicos generan riesgos medioambientales, para la dignidad humana, con algunas técnicas de experimentación en seres humanos, procesos de clonación o con la identificación del genoma humano y los riesgos de discriminación que la difusión de su conocimiento puede llevar. (Pons Rafols 2010: 29).

Se ha señalado que la salud mundial es indivisible, por lo que la satisfacción de las necesidades sanitarias nacionales requiere atender las necesidades del resto del planeta, lo que deriva a la interconexión mundial, (Seuba 2010: 37 ss.).

Las transformaciones jurídicas y las nuevas dimensiones internacionales de la salud están llevando a plantear nuevas cuestiones jurídico-políticas en las últimas décadas. Como botones de muestra veamos algunas dimensiones:

1) En primer lugar sobre las patentes y el derecho a la salud. El aprovechamiento de los

recursos genéticos para productos farmacéuticos, alimenticios y sanitarios, fundamentalmente, plantea muchos desafíos cuyo tratamiento es uno de los temas más relevantes para el Derecho internacional.

La biotecnología moderna ha revolucionado los métodos de producción en sectores como el farmacéutico, el bioquímico, el agroalimentario, el relativo a la salud humana y el animal o el medioambiental, (Martínez Barrabés 2014: 11-12, 15). Por ello está en proceso de revisión el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de la propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), en relación con la patentabilidad de la materia viva, regulada en el art. 27.

Desde la perspectiva internacional la implantación del ADPIC, ha llevado a que la población de países en desarrollo especialmente vulnerables, tengan especiales dificultades para adquirir medicamentos esenciales, es decir, de aquellos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. (Ortega Gómez 2011: 28).

Así ha sucedido de manera conocida en países donde el SIDA está especialmente extendido. La flexibilidad jurídica permitía que los países en desarrollo se abasteciesen de medicamentos importantes de Estados que no concedían protección jurídica a las invenciones y cuya industria se había especializado en la práctica de la copia.

La adopción del ADPIC supuso un *proceso de internacionalización y de armonización de los derechos de propiedad intelectual*. Obliga a los Estados partes a proteger las invenciones y a adoptar leyes nacionales de patentes. Del art. 27.1 deriva que los Estados están obligados a reconocer y a proteger las patentes de productos y de procedimientos farmacéuticos. Este reconocimiento fue uno de los principales objetivos de los lobbies farmacéuticos.

El convenio no permite un trato diferenciado, si bien ha concedido el derecho a aplazar su cumplimiento durante un plazo de nueve años, desde 1996. Esta moratoria ha sido prorrogada y finalmente va a expirar el 1 de enero de 2016 y en su virtud los países menos adelantados que lo soliciten pueden excluir la patentabilidad de los productos farmacéuticos. (Ortega Gómez 2010: 79 ss.).

2) De otro lado, en 1996, la aparición o el conocimiento de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, asociada a las “vacas locas” llevó a plantear en la Unión Europea la seguridad alimentaria y puso de relieve el riesgo alimentario para la salud, así como la frágil línea que separa la salud animal de la salud humana. Esto condujo a una política de seguridad alimentaria europea y a una nueva gobernanza de estos riesgos. (Álvarez González 2007).

a) El derecho a la salud en el derecho constitucional comparado

Un aspecto a considerar desde el derecho positivo es, cómo el derecho a la salud, integrado en los Derechos Humanos, se inserta en los sistemas constitucionales de los países.

No existe mucha literatura en este sentido, quizá una de las publicaciones más recientes y completas acerca del estatus del derecho a la salud en los ordenamientos constitucionales es el estudio de 191 países de Heymann et al. (2013).

Entre las conclusiones que obtienen, destaca que, a pesar del reconocimiento en el derecho internacional en distintos convenios, en muchos de los países estudiados que son miembros de Naciones Unidas, el derecho a la salud se encuentra ausente en el marco constitucional.

La manera de incorporarse a los derechos nacionales varía, en lo que se refiere al grado de protección, en cuanto a la definición del propio concepto del derecho a la salud y en la población objeto de protección.

No obstante, en lo que se refiere a la incorporación constitucional, Heymann et al. encuentran determinados patrones:

En primer lugar, en el orden cronológico, desde la década de los setenta se detecta una incorporación creciente del derecho a la salud y de la salud pública y los servicios sanitarios médicos entre 2007 y 2011. Por tanto, una tendencia de incorporación a los derechos nacionales. Perez López (1999:204) defiende que *“El derecho a la protección de la salud no solo ha sido objeto de regulación constitucional y legal en el derecho interno de un buen número de Estados, sino que aparece de forma constante en el derecho internacional, tanto en declaraciones de derechos humanos como en tratados de derechos económicos, sociales y culturales (...)”*

En segundo lugar, la pluralidad de formas de incorporación en lo se refiere a su definición, contenido, cobertura y grado de protección.

En cuanto a definición de la obligación estatal, los autores incorporan varias categorías: las dos fundamentales son el derecho a la salud pública y el derecho a la asistencia médica. Los resultados que obtienen es que el 38% de los países cuyas constituciones han sido analizadas garantizan el derecho al acceso a los servicios médicos, el 14% recoge aspiraciones para proteger el derecho, generalmente la limitación es que queda supeditado a la disponibilidad financiera del Estado y el 9% incorpora la obligación d los poderes públicos de prestar servicio médico gratuito.

El derecho a la salud pública solo es garantizado por el 14% de los ordenamientos constituciones estudiados y el 11% incorpora la aspiración.

En lo que se refiere a la cobertura, algunas constituciones incorporan la protección específica de grupos vulnerables, de esta manera, el 13% incorpora la garantía a niños, el 6% a personas con discapacidades y el 5% a personas mayores y con situación de necesidad económica.

Uno de los aspectos relevantes, en sentido práctico, es la discrepancia entre el grado de protección constitucional y la aplicación de los derechos de protección de la salud. Es decir, que países con un alto mandato constitucional de protección de la salud de los ciudadanos cuentan con pobres registros en la aplicación de políticas y sus resultados, en tanto que otros países con menor compromiso constitucional, registran mayores cotas de protección efectiva de la salud.

Las tablas II.1 y II.2 recogen sus resultados:

Tabla II.1 Protección del derecho a la salud pública, asistencia sanitaria y salud en general

Tipo de protección	Constituciones en 2007 (%)	Constituciones en 2011 (%)
Derecho a la salud pública		
No garantizado	76	75
Garantizado a grupos específicos, no universal	0	0
Incorpora aspiración de proteger	10	11
Garantía universal	13	14
Derecho a asistencia médica		
No garantizado	46	44
Garantizado grupos específicos, no universal	4	4
Incorpora aspiración de proteger	14	14
Garantía universal	36	38
Derecho a la salud en general		
No garantizado	48	47
Garantizado grupos específicos, no universal	5	4
Incorpora aspiración de proteger	12	13
Garantía universal	35	36

Fuente: Heymann et al. (2013)

Tabla II.2 Protección de la salud pública, asistencia sanitaria y salud general por regiones

	Salud Pública (%)	Asistencia sanitaria (%)	Derecho a la Salud General (%)
América	37	40	51
Este de Asia y Pacífico	0	31	17
Europa y Asia Central	5	55	51
Medio este y Norte de África	26	58	16
Sur de Asia	12	25	0
África subsahariana	6	17	34

Fuente: Heymann et al. (2013)

En tercer lugar, si atendemos al nivel de ingresos de cada sociedad, también varía la protección constitucional del derecho a la salud. El 30% de la franja baja de países con ingresos medios y el 29% de la franja alta del mismo grupo de países ofrecen protección

constitucional del derecho a la salud pública, frente al 23% de los países más pobres y el 18% de los países más ricos.

2.1.7. El reconocimiento normativo del derecho a la salud.

El sistema sanitario español se inicia a principios del siglo XIX, tanto mediante medidas de política sanitaria como de asistencia sanitaria. Aunque en el anexo II se ofrece un recorrido histórico sobre la génesis y desarrollo del sistema de seguros sociales y cobertura sanitaria en nuestro país, ofrecemos aquí algunas pinceladas sobre el reconocimiento normativo del derecho a la salud.

Desde inicios del siglo XIX el Estado empieza a adoptar medidas de política sanitaria, a intervenir en temas de salud, considerando que su función era evitar la propagación y el contagio de enfermedades, en una perspectiva general, más que asistir sanitariamente a los ciudadanos.

El decreto 8 de junio de 1813 es la primera medida que se adopta para la salubridad de los alimentos. En los siglos XIX y XX la protección de la salud a nivel nacional e internacional, tendrá por objeto evitar el contagio de enfermedades, con medidas de política sanitaria.

Era una *concepción de la salud colectiva*, que no individual. Esta última dimensión era objeto de beneficencia. De ahí que la ley general de beneficencia de 1822 caracterizase la asistencia sanitaria como beneficencia (gratuita y en estado de necesidad), lo que se mantuvo hasta la ley de coordinación sanitaria de 1934 y la ley de bases de sanidad nacional de 1944, gratuita y que se da cuando concurren exigencias de estado de necesidad (Álvarez González 2007).

Posteriormente el Estado, realiza medidas de cobertura de riesgos, como la vejez, el desempleo o de cobertura de accidentes. En esta línea destaca la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942, la Ley de Bases de Seguridad Social, y el texto refundido de 1974.

En esta primera fase el sistema sanitario, indican Vida Fernández (2003); Peman Gavin (1989), también Muñoz Machado (1995), surge en un contexto de asistencia o beneficencia pública y se desarrolla dentro de un sistema de seguridad social (previsión social), basado en los requisitos de afiliación y cotización propios de su carácter contributivo

En una segunda etapa se produce *el tránsito de la asistencia sanitaria de un sistema de seguridad social a un sistema sanitario autónomo, iniciado con la Constitución de 1978 y que concluye con las transferencias sanitarias a las CCAA a finales de 2001.*

Desde la Constitución, las nuevas características que se van a abrir paso son la *universalización y la superación del carácter contributivo*. El art. 43.1 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud, disposición que se ha desarrollado (Fernández Pastrana 1984 y Escribano Collado 1976).⁴

El art. 43 del texto constitucional fue negociado sin polémica (León Alonso 2010 y Sainz Moreno 1980). La ubicación del art. 43 en el capítulo III del título I de la Constitución,

⁴ Entre otras la Ley orgánica 3/1986, de 22 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (BOE de 29 de abril), la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15 de noviembre), la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (BOE 29 de mayo), la ley 14/1986, de 26 de abril, general de sanidad (BOE de 29 de abril).

dedicado a los Principios rectores de la política social y económica ha llevado a poner en duda su carácter de derecho fundamental, desde la perspectiva del derecho interno y constitucional español, en tanto que considerado como un derecho social o un principio rector.

Sin entrar ahora en este debate, que escapa del objeto central de esta tesis doctoral, no cabe duda que en tanto que principio rector el art. 43 se constituye en un fin del Estado, de tal modo que vinculan a los poderes públicos y, entre estos, a los jueces y magistrados así como al legislador. En este sentido es una garantía institucional el que estos poderes deban tutelar la salud pública.

De otro lado el derecho a la salud permite, como indica León Alonso (2010: 153 ss), relativizar la dicotomía entre los derechos sociales y derechos políticos. Se trata de un derecho con diversas dimensiones (derecho a prestaciones; derecho subjetivo frente al Estado; salubridad e higiene en el trabajo; limitaciones del Estado frente a la salud de los ciudadanos...). El derecho está vinculado con otros, en particular al derecho a la integridad física y psíquica o al derecho a decidir sobre la propia salud (el principio de autonomía del paciente y el consentimiento informado).

El modelo sanitario español descansa en una serie de principios, tanto sustantivos como de organización. Cabe destacar muy sucintamente que desde la Ley General de Sanidad de 1986 se incorpora el principio de *universalidad* de la asistencia sanitaria pública.

Es decir, se reconoce el derecho a la protección de la salud a “todos los españoles y a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español” (art. 1.2). Sin embargo, sigue habiendo usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud que pueden acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados (art. 16 Ley General de Sanidad).

Es relevante el principio de *igualdad* en el acceso al sistema y a las prestaciones sanitarias. Este principio deriva de la propia constitución (arts. 43, 14 y 9.2). Así se consagra la igualdad tanto desde la perspectiva individual como de los poderes públicos (art.2), en el acceso al sistema sanitario (art. 16) como mandato a los poderes públicos (art. 12), y como mínima uniformidad en el goce del derecho a la tutela de la salud en todo el territorio nacional (arts. 10 y 11), (Álvarez González 2007: 101 ss). Además se apuesta por una *concepción integral de la salud*, por promover la salud, prevenir las enfermedades y superar los desequilibrios territoriales y sociales.

De otro lado hay principios fundamentales para la cohesión del sistema nacional de salud, como los de *coordinación* y de *cooperación*. (Álvarez González 2007: 189 ss).

Se trata de un *modelo fundamentalmente público, lo que no excluye la participación privada en la provisión de los servicios, como es lógico por la libertad de empresa que se reconoce expresamente en el sector sanitario, y por el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias* (arts. 35, 36, 38, 88 y 89 de la Ley General de Sanidad).

La actividad sanitaria privada se ve sometida a un régimen de control o de policía, mientras que la vinculación de hospitales privados a la red pública se hace a través de convenios singulares sobre cuya naturaleza jurídica, en tanto que contratos administrativos o resoluciones necesitadas de aceptación se debate, pues tiene consecuencias jurídicas en cuanto al derecho aplicable (ley de contratos de la Administración pública o Ley de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común).

Este derecho se relaciona también con otras disposiciones constitucionales (arts. 40. 2; 49; 50; 51).

El derecho a la protección de la salud establece un mandato para los poderes públicos para que organicen y tutelen la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El derecho a la protección de la salud, (Vida Fernández 2011) incluye un *derecho a la asistencia sanitaria*, constituido como un *derecho prestacional de configuración legal*. Se trata de una configuración constitucional mínima y abierta, con determinadas características como su carácter *público, universal, gratuito y descentralizado*. Desde esta base se produce el tránsito del sistema de seguridad social al actual sistema.

El derecho a la protección de la salud desde este marco constitucional se concretó en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que constituye el Sistema Nacional de Salud*, y que se va desarrollando hasta que en 2001 se culminan las transferencias de los medios y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas y dejaron de convivir el Sistema Nacional de Salud y el Insalud –éste se liquida en 2001-. Los cambios se reajustaron por *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que completa la anterior.

El modelo constitucional español se basa en que el Estado tiene *competencias* exclusivas (art. 149, 16) para la sanidad exterior y para las bases y coordinación general de la sanidad, así como en la legislación sobre productos farmacéuticos y en el régimen de la seguridad social. Además, las comunidades autónomas pueden asumir determinadas competencias de asistencia social (148, 22), sanidad e higiene (148, 21) y otras competencias no contempladas (149,1).

Las cuestiones vinculadas a la salud tienen una dimensión europea e internacional, como vimos. Hay normas internacionales vinculadas a la salud de naturaleza convencional (tratados) y de otro tipo (costumbres, resoluciones de Organizaciones internacionales, etc.).

Desde el punto de vista consuetudinario, la cooperación sanitaria internacional –que vemos en el epígrafe siguiente- ha dado lugar a la creación de la obligación de notificar a otros países o a una OI los casos de ciertas enfermedades y la obligación de limitar las restricciones aplicadas por razones sanitarias al comercio y transporte internacionales. (Seuba Hernández 2010).

En la comunidad internacional se ha producido una humanización, que es consecuencia de los procesos de reconocimiento universal de los derechos humanos, de especificación de los derechos de personas y grupos vulnerables y del proceso de reconocimiento y protección regional de los mismos.

Estos instrumentos internacionales han establecido *estándares mínimos* en relación con los derechos. Se han formado obligaciones convencionales y generales en relación con los derechos humanos y, en particular, con el derecho a la salud. Entre los principales tratados internacionales que tienen relación y reconocen el derecho a la salud, cabe destacar los que figuran en la tabla II.3:

Tabla II.3.Tratados internacionales vinculados al derecho a la salud

AÑO	Acuerdo, tratado, convenio o declaración
1945	Constitución de la OMS
1948	Declaración universal de los derechos humanos
1961	Carta social europea (revisada en 1966)
1963	Convención internacional sobre todas las formas de discriminación racial
1966	Pacto internacional por los derechos económicos sociales culturales PIDESC
1978	Declaración de alma ata
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
1981	Carta africana de DH y de los pueblos
1986	Declaración sobre el derecho al desarrollo
1988	Protocolo adicional a la convención americana sobre los derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales
1989	Convención sobre los derechos del niño
1992	Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales étnicas, religiosas y lingüísticas
1993	Declaración de Copenhague sobre el desarrollo social
1995	Conferencia mundial de derechos humanos de Viena
1994	Carta árabe de derechos humanos
1998	Declaración mundial de la salud
2000	Declaración del milenio
2001	Declaración de Doha

Fuente: Elaboración propia

El *Pacto Internacional de derechos Económicos Sociales y Culturales* (PIDESC) recoge en su artículo 12, párrafo 1, el reconocimiento del "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", en el párrafo 2 se enumeran algunas medidas: Reducción de la mortalidad, de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños y niñas, el mejoramiento de la higiene en el trabajo y en el medio ambiente, la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la creación de las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Por lo demás, la doctrina iusinternacionalista más reciente, viene afirmando la existencia de un *Derecho internacional de la salud* o de un régimen normativo internacional dedicado a la protección de la salud, que protege el bien jurídico salud humana, en tanto que estado de completo bienestar físico, mental y social (Seuba 2005:6).

El Derecho a la salud, en tanto que derecho fundamental reconocido por el Derecho internacional tiene un conjunto de *características* que, como ha sintetizado Bondía (2013: 265 ss), son las siguientes:

-Universalidad y accesibilidad en la asistencia sanitaria para todos, sustentadas únicamente en la condición de ser humano.

-Indivisibilidad e interdependencia, que supone el reconocimiento de la salud como componente del bienestar-integralidad de las políticas sociales.

-Dimensión individual y colectiva.

-Progresividad e irreversibilidad.

-Irrenunciabilidad.

-Gratuidad. Un contenido mínimo esencial y la provisión de recursos jurídicos, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el incumplimiento de este derecho.

Señala Seuba que el *Derecho Internacional de la salud* se caracteriza por ser *fragmentario –normas dispersas-, dinámico, funcional, multidimensional y en ocasiones con carácter de Derecho administrativo global*. Y ello por la abundancia de regulaciones técnicas, la consolidación de redes tejidas en el ámbito sanitario internacional entre autoridades regulatorias nacionales y entre éstas y los actores privados, y la emergencia de iniciativas sanitarias armonizadoras internacionales (Seuba 2010: 40 ss.).

Busca modificar los determinantes de la salud (hábitos de vida, entorno social, económico y ambiental).

2.1.8. La cooperación sanitaria internacional.

Entre 1851 y la Segunda Guerra Mundial, se celebraron diferentes conferencias sanitarias internacionales. Durante la segunda mitad del siglo XIX los Estados europeos cooperaron frente a las denominadas “enfermedades pestilentes” (peste, fiebre amarilla o cólera) (Seuba 2010: 67 ss).

En la conferencia de 1851 celebrada en París se aprueba el primer reglamento sanitario internacional, que establecía la cuarentena frente al cólera, la fiebre amarilla y la peste. Este Tratado solo fue ratificado por cuatro Estados y se extinguió en 1865.

En la quinta conferencia celebrada en Washington en 1881, se propuso la creación de una Agencia sanitaria internacional permanente de notificación, que fue precursora del servicio internacional de información epidemiológica que administra en la actualidad la O.M.S.

A principios del siglo XX ya se habían celebrado una decena de conferencias para luchar contra enfermedades epidémicas y coordinar políticas sanitarias. En 1903 la Conferencia de París, centrada en el cólera y la peste, dio lugar a una convención sanitaria internacional de 184 artículos que codificaba las anteriores. En 1907 se crea la Oficina Internacional de Higiene Pública, cuya sede estaba en París, que organizará las conferencias y convenios sanitarios posteriores hasta 1938, en que se disuelve el Consejo sanitario, marítimo y de cuarentena de Egipto. Esta organización llegó a tener sesenta Estados miembros. Supervisaba los convenios sanitarios internacionales, e impulsaba la cooperación frente a enfermedades infecciosas.

Los inicios de la cooperación sanitaria internacional tendrán su continuidad con la creación, en la Sociedad de Naciones, del *Comité de Salud*, antecedente de la Organización Mundial de la Salud.

En 1920 el Consejo de la Sociedad convocó una reunión para la creación de una organización de salud permanente. A propuesta de Brasil se celebró una Conferencia en Londres que recomendó al Consejo la creación de una *Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones*, que una vez aceptada por los miembros de la Oficina de Higiene sería la organización única en materia de salud.

El Comité Internacional de la Oficina de Higiene pública apoyó la negativa de EEUU a participar en la organización de la Sociedad de Naciones, por lo que la primera no iba a ser absorbida por la segunda.

Se produce pues un desdoblamiento en dos organizaciones internacionales, la creada en 1907, y la otra, que se constituyó formalmente en 1923. Ambas organizaciones realizaron su actividad con independencia, y tuvieron relaciones tirantes (Seuba 2010: 80-81). Con la segunda guerra mundial se paralizaron sus actividades.

Durante la Conferencia de San Francisco que daría lugar a la creación de la *Organización de las Naciones Unidas*, Brasil presenta un memorando que vincula salud y paz y, con China, presentaron una propuesta de creación de una organización sanitaria internacional, que está detrás de la creación de la *Organización Mundial de la Salud*, cuya carta constitutiva es de 22 de julio de 1946.

Hasta los años sesenta, la OMS centró su actividad en cooperación técnica, normativa y administrativa. Desde entonces, también realiza una actividad de asistencia directa a los países en desarrollo y de promoción de políticas sanitarias (Seuba 2010: 46 ss).

La OMS realiza una labor relevante en el *establecimiento y programación de políticas sanitarias a medio plazo* (cinco o seis años). Asimismo la OMS realiza una importante labor de *impulso a convenios internacionales, reglamentos técnicos* -(bajo el principio *opting-out*) *de seguridad, publicidad de productos farmacéuticos-, recomendaciones, estándares técnicos*. Hay un conjunto de *programas* de apoyo a los Estados en diversas materias y actividades, como la tecnología de la salud, los medicamentos, etc.

Junto a la OMS otras Organizaciones Internacionales realizan actividades relevantes para la Salud pública. Así, por ejemplo, la OMC (*Organización Mundial del Comercio*) ha adoptado medidas destinadas a paliar el impacto del ADPIC en la salud pública de los países afectados y clarificar la relación entre patentes de medicamentos y salud pública.

En este sentido destaca la *Declaración de 2001 relativa a los ADPIC y la salud pública*, de la cuarta conferencia ministerial OMC celebrada en marzo en Doha, que reconoce los problemas de abastecimiento de medicamentos para muchos países en desarrollo en relación con enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias. Y, aunque no cambia el tratado ADPIC, indica que *“convenimos en que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública”* (...) *“Debe ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública”*.

El 30 de agosto de 2003 el Consejo del ADPIC, adoptó una decisión para permitir el uso efectivo de licencias obligatorias de conformidad con la Declaración citada, de manera transitoria pues su vigencia está prevista hasta la entrada en vigor de una enmienda permanente al ADPIC, que se realizó mediante un protocolo de enmienda de 6-XII-2005

que, sin embargo no es una respuesta plenamente adecuada al problema.

2.1.9. Naturaleza del derecho a la salud.

a) Sobre la distinción en derechos y el derecho a la Salud

Los derechos civiles y políticos son la denominada primera generación de derechos, no porque sean más importantes o tengan más importancia jurídica sino porque nacieron primero, en el marco de las revoluciones burguesas, como vimos. Así pues la *primera generación de derechos es una generación temporal*, lo que no afecta al valor jurídico de los mismos. Los derechos sociales nacen ya en el siglo XX, por lo que se han denominado derechos de segunda generación pues nacen después. Esta distinción temporal en el nacimiento de los derechos se diluye cuando acudimos al ámbito internacional, donde los derechos antes de las Naciones Unidas nacen desvinculados de esta doble distinción. En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 hay tanto derechos civiles y políticos como económicos, sociales y culturales. Del mismo modo, los dos tratados de 1966 se refieren respectivamente a ambos tipos de derechos. Por lo tanto temporalmente se internacionalizan al mismo tiempo. Una vez que han llegado a ser reconocidos como derechos, todos tienen el mismo valor jurídico y son indivisibles e interdependientes.

Los rasgos de los derechos sociales han conducido a una percepción de los mismos como derechos de segunda clase, percepción neoliberal que se ve incrementada en la globalización. Para algunos serían meras aspiraciones. (Fernández Liesa 2013: 271 y Hausermann 1992: 47-73). En las revoluciones liberales, a pesar de las proclamaciones de igual libertad para todos los seres humanos, en la práctica se otorgaba tal condición a los varones propietarios limitando derechos o directamente excluyendo a las mujeres o a personas según su raza. Desde la perspectiva de los derechos sociales, en los ordenamientos internos ha sido muy común el aceptar que tendrían una especie de carácter de segunda categoría los derechos sociales frente a los civiles y políticos. La clásica distinción que algunos atribuyen a Theodor H. Marshall, entre los derechos civiles y políticos y los derechos sociales, económicos y culturales ha marcado distintas teorías sobre los derechos humanos.

La distinción según la cual habría derechos de primera generación que gozarían de “mayoría de edad” y derechos de segunda en garantías y exigibilidad no es muy nítida. (Ferrajoli 2009) plantea que la distinción entre unos y otros derechos se adentra en el campo de la sociología del derecho, pero también tiene una vertiente jurídica dogmática. La idea fuerza radica en la tutela debilitada de los derechos sociales frente a los derechos civiles y políticos. Hablar de tutela debilitada apela a dos conceptos básicamente. De un lado, hace referencia a derechos de libre configuración legislativa y, de otra parte, a que no son enjuiciables. En definitiva, cuando se atribuye a los derechos sociales la carga de la tutela debilitada lo que se cuestiona es que sean derechos fundamentales. Sin embargo, lo que diferencia los derechos fundamentales de otros es su carácter extensible a todos los individuos que están en situación de necesidad que debe ser satisfecha. En ese sentido, son inalienables e indisponibles. Se opone pues, esta noción conceptual a la idea de privilegio, que por definición es excluyente, selectivo y removible.

Algunos autores entienden que derecho fundamental es aquel que ocupa un lugar relevante en el ordenamiento jurídico. En este sentido, podríamos argumentar que, en la medida en

que las Constituciones y tratados internacionales incorporan los derechos sociales son acreedores de tutela. Sin embargo, hay quien plantea otra posición: No son las garantías las que determinan si un derecho es fundamental, sino a la inversa. La realidad es que algunos ordenamientos jurídicos, como Alemania, Estados Unidos o Canadá, no otorgan a los derechos sociales el rango de fundamentales, así por ejemplo, el derecho a la salud o a la alimentación ha sido derivado del derecho a la vida o al a integridad física. Los derechos sociales son tachados de ser derechos de configuración legislativa, es decir, que son dependientes de la voluntad del legislador tanto en su desarrollo como en lo que respecta a su exigibilidad.

La respuesta a esta idea es inmediata: Todos los derechos son de configuración legal, también los derechos civiles y políticos exigen concreción legislativa. Sin embargo, si es importante la idea de fondo, todos los derechos necesitan que los ordenamientos jurídicos marquen un contenido básico de los mismos. Un contenido que podrá variar según la realidad de cada Estado, y que necesitará actualizaciones en el devenir de los tiempos.

En la tradición liberal se destaca el carácter absoluto, la universalidad e inalienabilidad de los derechos fundamentales, (Ruíz Miguel 1994). En dicha tradición hay una supremacía de los derechos individuales frente a los colectivos, así como de los civiles frente a los sociales.

En realidad los derechos civiles y políticos no son ilimitados o absolutos y la mayoría están sometidos a excepción. La mayoría son limitados, o más bien delimitados, como señala. (Alexy 2007), por otros derechos, por ejemplo el derecho de libre expresión por el derecho al honor, o el derecho a la libertad religiosa por el respeto a la libertad de expresión, el derecho al voto por el propio derecho a la participación política en el sentido de no tener suspendida su capacidad.

La limitación de los derechos sociales vendría dada, según los defensores de esta tesis por la sujeción a los recursos económicos disponibles, la imposibilidad física de su cumplimiento y en tercer lugar, la realidad social e histórica de cada sociedad.

Para algunos autores que sostienen una visión liberal, el derecho a la salud puede compartir con los derechos civiles y políticos el ser entendido como una exigencia moral que requiere la garantía de los poderes públicos, pero se encuentra condicionado por los recursos materiales existentes.

Se tacha de costosos y de prestacionales los derechos sociales frente a derechos civiles y políticos, que son negativos y baratos, o no costosos. En el fondo, la idea de subordinación de los derechos sociales incluye la idea de que tales derechos son derechos positivos exclusivamente, que requieren la acción del Estado, en tanto que los derechos civiles y políticos son derechos negativos que exigen, en exclusiva, la inacción del Estado, o preservan a las personas de la intromisión del Estado en sus vidas con las consecuencias de pérdida de libertad.

Se trata de una posición desde el prejuicio ideológico. Los derechos civiles y políticos también requieren de una acción positiva de obligación de hacer, acciones en muchos casos muy costosas. Valgan como ejemplos, la necesidad de toda la estructura judicial y de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o de la existencia de registros públicos para garantizar el derecho a la propiedad privada.

O el derecho a la participación política, que conlleva la existencia de estructuras políticas como los partidos, las organizaciones sindicales, patronales o de otra índole, la

financiación de las mismas, así como la puesta a disposición de recursos para campañas electorales o la propia participación en los diferentes sufragios a que son convocados los electores.

En la tabla II.4 exponemos los recursos que aporta el Estado en materia de defensa y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado que, en todo caso, son necesarios para garantizar de hecho los derechos patrimoniales así como los derechos civiles y políticos de todos los ciudadanos.

Amartya Sen rebate este argumento acertadamente, defiende que si la factibilidad fuese una condición necesaria para que las personas tuvieran derechos, todos los derechos serían absurdos, puesto que incluso los derechos clásicos son violados con carácter general en algunos países.

Tabla II.4 Derechos y clasificación funcional de los gastos no financieros de todas las administraciones públicas durante el periodo 1995-2012 (en millones de euros)

Año	Defensa	Seguridad ciudadana
1995	6.069	9.033
1996	6.178	9.032
1997	6.347	9.481
1998	6.449	9.997
1999	6.497	10.652
2000	7.028	10.963
2002	8.112	13.556
2003	8.311	14.483
2004	9.228	15.496
2005	9.990	16.490
2006	10.271	18.122
2007	10.864	20.258
2008	11.297	22.023
2009	10.998	22.325
2010	11.496	23.743
2011	11.384	23.599
2012	9.893	21.513

Fuente: Intervención General del Estado, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Para hablar con más precisión de factibilidad deberíamos precisar su significado. Algunos autores proponen el cumplimiento de cuatro condiciones concretas:

Disponibilidad, es decir las infraestructuras físicas y las estructuras organizativas precisas.

Accesibilidad, sin que se produzcan discriminaciones en el acceso, ni por razones sociales,

ni por razones de accesibilidad física ni económicas.

Aceptabilidad, el sistema debe ser respetuoso con la ética y los valores culturales de las personas. Se presentan conflictos en ocasiones, relacionados con esta dimensión, especialmente cuando se trata de valores religiosos, como por ejemplo, el uso del preservativo en las relaciones sexuales en algunos lugares del mundo, (Ramiro Avilés 2010), o la controversia siempre vehemente que despierta la regulación de la interrupción del embarazo o de la eutanasia.

En último término la calidad, se requiere un estándar mínimo de calidad. Es decir, en el caso del derecho a la salud, no es aceptable un hechicero de una tribu como servicio médico, o un curandero.

En lo que se refiere al segundo de los argumentos, la imposibilidad física de garantizar un derecho, la respuesta es que ningún derecho puede ser garantizado libre de violaciones al mismo, ni civiles, ni políticos, ni sociales, por tanto este no es un elemento diferenciador entre unos y otros.

La diferencia estructural relevante está relacionada con las garantías, es decir, con la posibilidad real de protección. Este asunto puede ser contemplado desde diversas ópticas.

Es relevante la respuesta a la pregunta de quién determina la factibilidad o no de la prestación de un derecho en un momento determinado. El debate se torna especialmente interesante en los posibles conflictos entre Política y Derecho en relación a las garantías constitucionales. Nos referimos al conflicto entre legisladores y órganos jurisdiccionales de control constitucional.

En las diferentes hipótesis de conflicto, la más interesante a efectos de la factibilidad es la hipótesis de un desarrollo legislativo que minimiza los derechos sociales junto a un activismo jurisdiccional que los maximiza.

Los argumentos que aportan los defensores de la supremacía de la política sobre el derecho son dos: En primer lugar los jueces no son expertos económicos, por tanto es fácil que puedan errar en sus decisiones, en segundo lugar, sus decisiones pueden tener consecuencias dramáticas para las cuentas públicas, el control del déficit y del gasto.

Estos argumentos pierden parte de su solvencia cuando la práctica demuestra que todos los días los jueces toman decisiones con efectos económicos, que existen mecanismos de ayuda como son, por ejemplo, los informes de expertos y peritos y que en alguna ocasión la resolución judicial ha desmantelado los argumentos elaborados por el legislativo en favor del retroceso en prestaciones y de las consecuencias económicas “irreversibles” del mantenimiento de las mismas.

Por otra parte, se hace preciso incidir en la distinción entre el derecho a la salud y la necesidad de cobertura sanitaria para asegurar la materialización del derecho. Es decir, que también existe una vertiente del derecho a la salud que es un derecho negativo, por ejemplo en la obligación de no contaminar el aire para preservar mi derecho a la salud, o a la venta de alimentos no tóxicos o contaminados para que no se vea menoscabada mi salud e incluso mi vida.

Como último ejemplo, a fin de ilustrar la idea, la libertad de expresión no sólo es un derecho negativo, en el sentido de impedir que alguien impida o ejerza alguna forma de

censura, también hay un elemento positivo en la promoción de la misma, en la existencia de espacios públicos, como centros culturales y plazas públicas, o en la puesta a disposición de medios de comunicación de carácter público que difundan los diferentes puntos de vista.

De igual manera, los derechos sociales no son sólo derechos positivos que impliquen una obligación de hacer, también son derechos negativos, es decir, derecho de abstención. De esta manera, el derecho a la salud no es solamente el derecho a asistencia sanitaria, es también la obligación de no contaminar el aire y el medio ambiente, a no distribuir agua no potable o vender alimentos que perjudiquen la salud.

En la tradición liberal destaca como una de las características de los derechos fundamentales, la universalidad. La universalidad como titularidad que se extiende a todos los seres humanos, se abstrae del tiempo y del contexto. En ese sentido, Peces Barba (1994) opta por la mayor precisión del término universalismo frente a universalidad.

Desde una perspectiva teórica este es otro ángulo que intenta desvincular los derechos sociales del mismo rango de fuerza que los derechos civiles y políticos. Desde esta tesis que rechaza la universalidad de los derechos sociales, los derechos civiles y políticos son derechos subjetivos, individuales o personales, de dimensión abstracta, mientras que los derechos sociales de dimensión específica, son derechos socializados o colectivos.

Sin embargo la respuesta a este argumento es inmediata, no existe una traza definida que separe claramente a unos de los otros con este criterio. La libertad ideológica, de asociarse o de expresión está vinculada a otros seres humanos, no puede entenderse exclusivamente en términos individuales.

Por otra parte, el derecho al autogobierno de algunas minorías nacionales puede ser concebido como un derecho colectivo, o de ejercicio colectivo, las asociaciones de consumidores o los sindicatos pueden ejercer sus derechos civiles y políticos de manera grupal.

Los derechos sociales también tienen un componente individual, por ejemplo, el derecho a la salud, o mejor dicho su transgresión puede producir daños individuales o colectivos que exigirán una actuación individual o colectiva según el caso. Imaginemos una práctica médica negligente en un centro sanitario, podría ser reclamado por una asociación de pacientes, o bien, podría dar lugar a acciones judiciales individuales. Un ejemplo concreto también lo constituyen las demandas por el consumo de aceite desnaturalizado de colza interpuestas durante la década de los ochenta.

La confusión en este sentido procede del hecho de que los derechos sociales protegen a colectivos más vulnerables por razón de sexo, etnia, etc., pero ello no significa que el contenido del derecho sea exclusivo a un grupo de personas, muy al contrario, protegen de manera potencial a todos los seres humanos.

La cuestión es identificar si el derecho a la salud requiere la intervención del Estado para todos los miembros de la sociedad, o solo para aquellos que están en situación de vulnerabilidad económica.

Realizamos algunas objeciones a esta posición. El derecho a la salud que permita la vida en principio, puede ser considerado desde el concepto de moralidad básica a que se refiere Peces Barba, en el punto de partida, de la misma manera que los derechos liberales.

II.2. El reto filosófico y político de garantizar la justicia y la equidad.

“Nuestra conducta respecto a los animales no está regida por estos principios (de la justicia), o así se cree generalmente. ¿Sobre qué bases, pues, distinguimos entre la humanidad y otras cosas vivas, y consideramos que las exigencias de la justicia se refieren sólo a nuestras relaciones con las personas humanas?”

John Rawls (2010:455-456)

En este apartado vamos a hacer un recorrido por las cuatro corrientes filosóficas más influyentes a la hora de conceptualizar la justicia social.

En las democracias actuales es muy difícil sostener una institución sin el apoyo de la sociedad, y es muy difícil que una institución mantenga el apoyo social si no es percibida como socialmente justa. Por justicia social entendemos la distribución equitativa de derechos y deberes entre las personas que pertenecen a esa sociedad.

Desde David Hume, existe un consenso sobre la imposibilidad lógica de inferir conclusiones normativas a partir de un conjunto de premisas descriptivas. Ante este desafío hay quienes sostienen que solo puede tener una respuesta de carácter sobrenatural, a partir de determinadas creencias religiosas. Otros defienden que la respuesta ha de venir de una antropología filosófica capaz de explicar qué es el hombre y qué debe ser.

Las concepciones «modernas» de la ética económica y social, son aquellas que se ocupan de elaborar los principios que deben caracterizar lo que es una sociedad justa a partir de lo que Rawls llama un «equilibrio reflexivo». La ética nace del deseo de coherencia de los diversos principios con los que construimos los juicios morales respecto a los distintos acontecimientos de la vida.

Los distintos ideales políticos sobre lo que debe ser una sociedad justa suelen nacer de la combinación de unas pocas corrientes filosóficas. Frecuentemente la literatura sobre la teoría de la justicia suele centrarse en cuatro de estas corrientes: el utilitarismo, el libertarismo, el marxismo y el igualitarismo liberal.

El utilitarismo se articula en torno a la idea de que «una sociedad justa es una sociedad feliz». Según los utilitaristas debemos perseguir exclusivamente «la máxima felicidad para el mayor número de personas».

Ante cualquier decisión, el utilitarismo propone elegir a partir de las consecuencias que tal opción tendrá sobre la utilidad o el bienestar de cada uno de los miembros de la colectividad. El utilitarismo es un consecuencialismo de carácter individualista, el todo es exclusivamente la suma de las partes y nada más.

Inicialmente, tal como lo ideara Bentham, el utilitarismo nace de una concepción hedonista de la vida humana, se trata de maximizar el placer y disminuir el dolor.

Posteriormente el utilitarismo se volvió más sutil para poder así integrar comportamientos que no producen un verdadero placer, como asumir cumplir con un deber que nos producirá sufrimiento.

El moderno utilitarismo se define como la satisfacción de las «preferencias» de las personas. Lo cual lleva a plantear el ideal de una sociedad justa como aquella que satisface en mayor medida las preferencias de todos, siempre que sean racionales, es decir, no contradictorias.

El utilitarismo moderno no es ni materialista ni egoísta, las preferencias pueden ser de carácter espiritual y, en todo caso, debe prevalecer el bienestar colectivo.

Respecto a ese bienestar colectivo, el utilitarismo se desdobra en dos visiones, la primera sería la del utilitarismo clásico, que mide el bienestar colectivo como la suma del bienestar de los individuos. A mayor suma, mayor bienestar de la sociedad. El utilitarismo medio, por su parte, entiende el bienestar colectivo de una sociedad como el bienestar medio de sus integrantes.

Una de las principales dificultades para la aplicación práctica del utilitarismo, estriba en la conversión de las preferencias individuales en funciones de utilidad que puedan ser sumadas y permitan calcular la utilidad agregada. Para operar dicha conversión es necesario en primer lugar, que cada individuo posea una sola escala de evaluación de las diferentes elecciones que puede hacer (hipótesis de la cardinalidad) y, en segundo lugar, que las diferentes escalas sean comparables entre sí. La premisa de la cardinalidad resulta difícilmente sostenible y ha sido sustituida por la de ordinalidad.

A partir de las tesis ordinalistas, la teoría económica de la justicia terminó dando gran importancia del óptimo paretiano. Una situación A es óptima en términos paretianos si no existe otra situación en la que un individuo prefiere B a A, no habiendo nadie que prefiera A a B. La llamada «nueva economía del bienestar» se sustenta sobre el criterio de Pareto, es decir, una situación es preferible a otra si al menos un individuo gana y ninguno pierde en la asignación de recursos que le corresponde.⁵

Frente a ella, la teoría de la elección social ha emergido como forma de evitar la incomparabilidad de las escalas de preferencia. La regla de la mayoría simple ha sido la respuesta a los problemas que genera la incomparabilidad; sin embargo, la regla de la mayoría simple corre el riesgo expuesto por Condorcet en la paradoja que lleva su nombre y que Arrow generalizó en el llamado «teorema de la imposibilidad», según el cual el requisito de la mayoría no necesariamente produce un ganador.⁶ El abandono de la comparabilidad interindividual de las utilidades que conlleva el abandono de la cardinalidad de las preferencias no resulta una solución mejor a la maximización del bienestar agregado.

⁵ Las exigencias de Pareto para que una asignación sea eficiente son tres: 1) que todos los recursos estén empleados, esto es, no haya recursos ociosos, 2) para producir más de un bien necesariamente hay que producir menos de otro y 3) los recursos están asignados de tal manera que para que un individuo pueda consumir una unidad más, otro debería consumir una menos.

⁶ El teorema de la imposibilidad de Arrow se enuncia como: Si existen al menos tres alternativas y el número de individuos es finito, no existe ninguna regla de elección colectiva $f(\cdot)$ que cumpla U, PO, R, AD e IAI. Siendo U el dominio no restringido, PO un óptimo de Pareto débil, AD la ausencia de dictadores, R racionalidad e IAI independencia de alternativas irrelevantes.

Uno de los debates en torno al utilitarismo es el relacionado con su dimensión distributiva. La cuestión es hasta qué punto la idea de maximizar la suma o la media de la utilidad, es indiferente a un fuerte incremento de la desigualdad social. El utilitarismo responde a esta cuestión sosteniendo que una distribución que maximiza la suma de utilidades, da lugar a que las utilidades marginales de todos los individuos sean iguales. Si le quitamos un euro a una persona muy rica y se lo damos a una muy pobre, la utilidad que gana esta última es mayor que la que pierde la primera.

De este modo podría considerarse una versión igualitarista del utilitarismo. El problema es que, también desde el utilitarismo, se podría poner en cuestión una política redistributiva, pues la perspectiva de desigualdad hace que la gente tenga incentivos para trabajar más incrementando la suma agregada de utilidad.

El frente de batalla más importante sobre el utilitarismo es el relacionado con los derechos fundamentales. Los críticos del utilitarismo sostienen, que es un ideal de justicia que sacrifica los derechos fundamentales al resultado de cálculos sobre el bienestar medio. El utilitarismo responde a dicha crítica distinguiendo entre el utilitarismo de los actos y el de las reglas, aunque un acto que contraviene una regla nos convenga coyunturalmente, es la regla lo que maximiza la utilidad agregada para la sociedad. Con todo, replica la crítica, los derechos y libertades fundamentales son para el utilitarismo simples instrumentos que solo se justifican en la medida en que sirvan para incrementar el bienestar agregado.

El libertarismo nace como respuesta al utilitarismo en los años setenta del pasado siglo, aunque tiene sus orígenes en Locke, y en tiempos más recientes en Mises y Hayek. El libertarismo entronca con la idea kantiana de que los seres humanos son un fin en sí mismos, y que no pueden ser convertidos en medios para satisfacer las necesidades de los demás. Los libertarios parten del principio de que la dignidad de cada persona no puede ser sacrificada a ningún imperativo grupal. Dicha dignidad reside en la libertad de elegir. En tanto que para un utilitarista una sociedad justa es una sociedad feliz, para un libertario una sociedad justa es una sociedad libre.

Los libertarios consideran que solo puede haber una sociedad justa, es decir libre, si existe un «sistema coherente de derechos de propiedad». El primer elemento de ese sistema es el derecho de cada persona de ser propietaria de sí misma. Respecto a este derecho los libertarios aceptan tres restricciones, a) uno no puede venderse como esclavo, b) aceptan el paternalismo sobre los niños con la condición de que esté orientado a ponerlos en libertad cuanto antes, y c) se puede violar la libertad de quienes ponen en riesgo la de los demás.

La exigencia de plena propiedad sobre uno mismo es insuficiente en dos aspectos. Por un lado no dice nada sobre qué ha de hacerse con el cuerpo y los talentos de los que uno es propietario. No hay una moral libertaria, solo una caracterización de las instituciones justas. Por otro, la propiedad de uno mismo no permite realizar ningún acto, pues todo lo que hacemos tiene que ver con otros. Por eso, además de la propiedad de sí mismo, la teoría libertaria necesita de otros principios.

Uno de esos principios es el de la transacción justa y voluntaria de los títulos de propiedad. Para que esa transacción sea justa basta con que se ajuste al precio de equilibrio en un mercado libre y competitivo. Otro principio es el de la apropiación originaria, que tiene que ver con la primera apropiación de un bien que luego pasa de mano en mano con criterios de transacción justa. El libertarismo tiene diversas justificaciones para esa apropiación originaria. La más simple es la formulada por Kizner, que sostiene *“el derecho de propiedad privada sobre una oportunidad descubierta y que anteriormente no había tenido propietario alguno, pertenece a quien logra descubrir su valor potencial y su*

disponibilidad, ya que quien lo descubre se lo queda” (Kizner 1995:154), es decir que el primero que llega se sirve primero. Nozick (1988:72 ss) sostiene que una persona puede apropiarse de una parte de los bienes de la naturaleza si deja otra parte suficiente y de igual calidad para el resto de las personas. Matiza Nozick, que esa apropiación es ilegítima si los no propietarios se ven en una situación peor que la del estado de naturaleza en la que todo estaría accesible para todos. Otra justificación sería que quien se apropia de esa parte debe compensar a los no propietarios.

El libertarismo no es una teoría consecuencialista de la justicia, le da igual las consecuencias para el bienestar de la sociedad o de las personas. Se trata de un ideal procedimental, que solo se ocupa de garantizar que los derechos fundamentales de las personas estén protegidos: el derecho a la plena propiedad de sí mismo; sobre las cosas que ha creado y sobre las que se ha convertido en propietario por compra, donación o apropiación originaria. El libertarismo no se ocupa de las consecuencias de los actos, ni de la configuración de la sociedad, solo se preocupa de que una situación dada tenga como origen un procedimiento correcto y respetuoso con los derechos fundamentales.

Empíricamente no se puede sostener que nuestras sociedades puedan justificarse a partir de un procedimiento respetuoso con los principios del libertarismo. Los libertarios como Nozick proponen hacer tabla rasa y empezar de nuevo. Una vez pasada esa fase de transición, los libertarios consideran que no hace falta ninguna institucionalidad salvo la de un Estado mínimo que actúe de «guardián nocturno», asegurando los derechos de propiedad y reprimiendo las transacciones fraudulentas. En el libertarismo podemos encontrar los fundamentos filosóficos del neoliberalismo y de la defensa de un capitalismo irrestricto.

Nozick (1988) es consciente de que para que su teoría fuera empíricamente aplicable sería necesario compensar a quienes han resultado ilegítimamente perjudicados por apropiaciones y transferencias injustas pasadas. Lo cual daría lugar, paradójicamente, a una cierta justificación y aceptación por parte de Nozick del Estado del Bienestar.

Los críticos del libertarismo han evidenciado la falta de ética del libertarianismo, y aunque éste se define precisamente por la ausencia de cualquier tipo de moral, lo cierto es que suelen argumentar que los derechos de propiedad contribuyen a la eficiencia económica y al bienestar social. De igual modo, los libertarios tratan de captar apoyos con la tesis de que las grandes desigualdades son buenas pues producen comportamientos caritativos que el Estado impide. Por último, los críticos del libertarismo ponen sus objeciones en el hecho de que solo defiende una libertad de carácter formal, que en realidad puede terminar siendo la mayor de las opresiones.

Frente a utilitaristas y libertarios, un sector importante del pensamiento social ha reclamado el principio ético de la igualdad. La corriente central de ese pensamiento igualitario es el marxismo. Inicialmente el marxismo no nace como una teoría de la justicia, sino como una teoría de la sociedad compuesta por dos líneas de pensamiento: el materialismo dialéctico y el materialismo histórico. El materialismo dialéctico es una teoría metafísica sobre la importancia del concepto de «contradicción» para comprender la realidad. El materialismo histórico es una teoría de la historia que explica la evolución de las relaciones de producción como una adaptación a la transformación de las fuerzas productivas, es decir, al crecimiento de la productividad del trabajo.

Inicialmente, el marxismo se propugna como una teoría de carácter científico, que explica cómo las leyes de la historia cambian los modos de producción. El socialismo no llegará por ser éticamente superior al capitalismo, sino como consecuencia de las leyes de la

historia. Sin embargo todo el pensamiento marxista está atravesado por un juicio moral de la sociedad, y se propone explícitamente fundar una sociedad éticamente mejor que la sociedad capitalista.

Los desarrollos más recientes y originales del pensamiento marxista corresponden a lo que se conoce como el marxismo analítico. El marxismo analítico extrae algunos conceptos de la tradición marxista, pero les aplica las exigencias intelectuales y metodológicas de la filosofía analítica y de la economía matemática.

Dos son los objetivos éticos que se propone el marxismo, por un lado, acabar con la alienación y por el otro, acabar con la explotación.

La alienación es la consecuencia de que los seres humanos han de dedicar su actividad a satisfacer sus necesidades materiales en lugar de a su autorrealización. En el capitalismo la alienación se produce por la venta de la fuerza de trabajo por un salario. La abolición de la alienación no se consigue solo eliminando el mercado de trabajo capitalista, sino que requiere la instauración de un régimen de abundancia.

Se entiende por abundancia que el desarrollo de las fuerzas productivas permita que las personas puedan satisfacer sus necesidades materiales sin necesidad de vender su fuerza de trabajo por un salario. Marx define ese tipo de sociedad según el principio: *“De cada uno según sus capacidades y a cada uno según sus posibilidades”*. (Marx 1875:28-29).

Los marxistas consideran, desde este punto de vista, superior el socialismo al capitalismo por una razón puramente instrumental: en la medida en que hace crecer más rápida la productividad, permite acercarse más de prisa a la sociedad de la abundancia. Sin embargo, la idea de que una economía centralizada es más productiva y eficiente que una economía de mercado ha demostrado ser muy discutible.

En la actualidad resulta plenamente acreditada la dificultad de centralizar la información de una manera lo bastante eficiente como para producir lo que necesitan los consumidores. A ello hay que unir la eficacia del capitalismo para instigar la innovación.

En todo caso, el marxismo analítico sostiene que el compromiso ético de acabar con la alienación no tiene que sustentarse necesariamente en una economía socialista. Dicha relación es solo instrumental, en la medida en que se suponía que una economía socialista es más productiva, en todo caso, si lo es una variante del capitalismo, no supone ningún problema puesto que el objetivo es que haya excedente suficiente.

Otro aspecto importante de la propuesta del marxismo analítico es que es éticamente reprobable sacrificar a unas generaciones para conseguir en un futuro la sociedad de la abundancia, y que se trata de que cada generación pueda realizar este tipo de sociedad en el nivel más alto históricamente posible.

El segundo objetivo ético del marxismo es la abolición de la explotación del hombre por el hombre. La lucha contra la explotación diferencia a la teoría marxista de la justicia de las teorías utilitarista y libertaria. Según la teoría clásica de la explotación definida por Marx, los trabajadores son explotados en la medida en que realizan un plus trabajo, es decir, si los no trabajadores (los capitalistas) se apoderan de una parte del excedente (plusproducto).

La sociedad capitalista es intrínsecamente explotadora, pues los trabajadores no ceden al capitalista su excedente, sino como consecuencia de que los capitalistas son propietarios de los medios de producción. En el socialismo, como son los trabajadores los propietarios de

los medios de producción, directamente o a través de un Estado en el que ellos son hegemónicos, nadie se apropia del plusproducto.

¿Qué hace injusta la explotación? La respuesta de David Ricardo, decisiva en la configuración del pensamiento de Marx, es que el creador tiene el derecho sobre lo creado. Sin embargo esta tesis es objetable, pues una parte del producto se ha creado gracias al capital físico que aporta el capitalista. Otro problema para que se cumpla el principio de que todo el producto vuelva a su creador son las diferencias de productividad que crean las condiciones naturales, lo que hace que para algunos trabajadores sea más fácil producir que para otros.

Otro enfoque para definir lo que es explotación es el basado en la idea del intercambio desigual. La explotación es injusta cuando hay un intercambio desigual en el que un trabajador incorpora más trabajo socialmente necesario en los bienes que produce que el que recibe en los bienes que compra. Esta perspectiva es criticada por las mismas razones que la del marxismo ricardiano, y es que los trabajadores que trabajan una tierra más pobre, o con tecnología más anticuada o sencillamente menos diestros, recibirán una parte menor del producto social, lo cual también es injusto.

La perspectiva más moderna sobre la explotación se debe a Roemer (1989). Dadas dos personas, consideraremos que una está explotada si su situación económica mejorara después de repartir con la otra de manera igualitaria los medios de producción. Consideramos que es explotadora si después del reparto su situación material empeora. La teoría de Roemer es realmente innovadora al aplicar la teoría de juegos a un tópico tan importante del pensamiento marxista como la explotación. Sin embargo ha recibido críticas por el carácter estrictamente aritmético del experimento mental que propone. Ya que no tiene en cuenta el perjuicio que para la economía en general tendría tal reparto. También ha sido criticada por no distinguir entre el capital debido a la herencia y el que tiene su origen en el ahorro.

El liberalismo igualitario de John Rawls, formulado en su libro *“La Teoría de la Justicia”*, nace como una respuesta a los fallos de dos teorías de la justicia, la intuicionista y la utilitarista, y termina convirtiéndose en el interlocutor más relevante de todas las concepciones teóricas de la justicia.

El liberalismo igualitario trata de hacer compatibles los ideales de libertad e igualdad, combinando el respeto a las diversas concepciones de la «vida buena» de nuestras actuales sociedades pluralistas, con el derecho de cada ciudadano a perseguir su concepción de la vida buena.

Frente al utilitarismo que, al maximizar el bienestar agregado de la sociedad tiende a concebirla como un cuerpo, en el que se pueden sacrificar unas partes para salvar a otras, el liberalismo rawlsiano considera que ese es un comportamiento ilegítimo. En la medida que desconoce lo que él llama «la independencia y la separabilidad de las personas».

El pensamiento de Rawls tiene una base contractualista. El contractualismo ayuda a dar respuesta a dos preguntas esenciales de toda teoría moral: ¿qué nos exige la moral? y ¿por qué debemos seguir ciertas reglas? Las respuestas que da el contractualismo son que la moral nos exige que cumplamos las obligaciones morales a las que nos hemos comprometido libremente, y que cumplamos las reglas a las que nos hemos comprometido.

A diferencia de Hobbes, el contrato hipotético que sugiere Rawls como base de su teoría de la justicia no refleja nuestra natural desigual capacidad de negociación sino que la niega, no se basa en nuestras diferencias de fuerza o poder sino en nuestra igualdad moral.

Rawls (1996) liga las exigencias de la justicia a la existencia de ciertos bienes primarios, que son los medios indispensables con los que cada persona puede definir y perseguir su ideal de vida buena. Rawls distingue entre bienes primarios naturales y sociales. Entre los primeros considera la salud y los talentos personales. Los bienes primarios sociales se dividen en tres categorías. La primera es la formada por las libertades fundamentales, tales como el derecho al voto o la libertad de expresión. La segunda categoría es la formada por las oportunidades de acceso a las posiciones sociales y a las ventajas asociadas a ellas, como son la renta y la riqueza, los poderes y prerrogativas y lo que él llama «las bases sociales del autorrespeto».

Según Rawls, la naturaleza no es justa o injusta con los seres humanos, no actúa según un criterio moral, lo que es justo o injusto es la manera en que las instituciones traducen las características naturales de las personas. Son, por tanto, los bienes sociales los que deben estar distribuidos según tres principios de justicia. El primero de esos principios es el de la igual libertad. Dado una determinada arquitectura institucional todos los seres humanos deben tener un derecho igual al conjunto más amplio de libertades que sea compatible con el de todos. El segundo principio es el de la igualdad equitativa de oportunidades de acceso, dados los mismos talentos, a todas las posiciones y funciones sociales. El tercer principio es el llamado principio de la diferencia que establece que las desigualdades deben contribuir a mejorar la situación de los individuos menos aventajados de una sociedad.

El principio de diferencia intenta conciliar igualdad y eficiencia. A la hora de establecer diseños institucionales compatibles con cierta desigualdad, el principio de diferencia utiliza como criterio de selección institucional el principio «maximín», por el cual, entre todos los diseños institucionales posibles, se seleccionará el que maximice las ventajas de los que se encuentren en el escalón más bajo.

Según Rawls debe existir una jerarquía estricta de los principios de la justicia. Ninguna razón de redistribución o de mejora de la igualdad de oportunidades permite limitar el acceso a la igual libertad. Esta jerarquía puede ser vulnerada en condiciones de escasez extrema, en la que no se puede establecer un sistema duradero de libertades.

Rawls justifica la existencia de los tres principios de justicia y su jerarquía a partir de la idea de «posición original», según la cual, los ciudadanos, situados detrás de un «velo de la ignorancia» que les ocultara cuáles serían su posición social, sus talentos o sus concepciones de la vida buena, deberían formular unos principios de justicia. Con este procedimiento Rawls pretende que cada persona puede buscar un «equilibrio reflexivo».

Desde posiciones liberales igualitarias muy cercanas a Rawls, Dworkin discute algunos supuestos que hace Rawls. Dworkin define cuatro pilares del liberalismo igualitario. En primer lugar considera necesario distinguir personalidad y circunstancias. Según él, una sociedad justa debe igualar a las personas en sus circunstancias. En segundo lugar, Dworkin propone una métrica objetiva para evaluar el bienestar de cada cual. Lo que debe evaluarse son los recursos de los que dispone cada persona y no la satisfacción que le produzcan. Dichos recursos básicos deben ser iguales en una sociedad justa. Por último, la cuarta característica tiene que ver con la tolerancia, el Estado debe ser neutral respecto a cualquier concepción de la ética, debiendo prevalecer lo correcto frente a lo bueno.

Frente a Rawls y Dworkin, el economista Amartya Sen propone una idea de justicia que no se basa ni en la igualdad de bienes primarios, ni en la igualdad de recursos. Sen sostiene que lo que se debe igualar son las capacidades de cada persona para transformar sus recursos en libertades. Una teoría de la justicia debe prestar atención a los «desempeños» de las personas, es decir, a las distintas cosas que un individuo es capaz de hacer a lo largo de su vida, que van desde vestirse o alimentarse adecuadamente, a otros más especializados.

II.3. Análisis de la legitimación social

Una vez establecido el marco teórico de la idea de justicia, vamos a realizar una investigación acerca de la opinión que tiene la sociedad española sobre el sistema sanitario. Es decir, en este apartado vamos a explorar el apoyo social a la sanidad pública en España a partir de la evidencia empírica que aportan los estudios del Centro de Investigaciones Sociológicas. Ello nos dará alguna pista sobre la idea de justicia social que es compartida por los españoles.

Durante más de dos décadas, y con particular intensidad a partir de la crisis económica de 2008, desde determinados ámbitos académicos y políticos, se ha puesto en duda la eficacia del sistema sanitario y, sobre todo, su eficiencia. También se ha impugnado la capacidad de financiarla en su actual nivel de calidad y extensión de cobertura.

En general, tales cuestionamientos se han sostenido más sobre hipótesis teóricas propias de la hegemonía neoliberal que sobre evidencias empíricas sostenidas en investigaciones bien fundadas. Sin embargo, eso no ha impedido que determinadas opciones ideológicas, con importante apoyo electoral, hayan apostado de manera muy decidida por un proceso de privatización de la sanidad pública. ¿Cómo es de importante el apoyo global a la sanidad pública en España? ¿Hay un consenso social o se ha fragmentado dicho consenso?, ¿En el caso de que se haya producido alguna fragmentación, cuáles son las líneas de fractura?, son algunas de las preguntas que tratamos de responder en este trabajo.

Para comprender el grado de apoyo social a la sanidad pública es tan importante explorar la percepción pública sobre la justicia del mismo como la consideración de la ciudadanía sobre su eficacia y eficiencia. De hecho, el apoyo a la provisión pública de un determinado servicio, en este caso la sanidad, puede sustentarse racionalmente sobre cualquiera de ambos pilares: su justicia y/o su utilidad.

A efectos de fundamentar mejor el análisis de los datos provenientes del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en los apartados siguientes exploraremos brevemente la naturaleza y alcance de los cuestionamientos de la sanidad pública, así como la importancia del apoyo social para legitimar a los servicios de bienestar social. Sobre este marco, abordaremos el análisis de datos seleccionados de estudios del CIS para modelizar el apoyo y aceptación de la sanidad pública, tanto desde perspectivas políticas, ideológicas o socio-económicas diversas, como en relación a la conciencia tributaria y la valoración del papel del Estado y de los servicios públicos.

La discusión y las conclusiones buscarán explicar las paradojas y contradicciones observadas entre la sólida legitimidad y apoyo de la sanidad pública desde todas las perspectivas, y las políticas que plantean la reducción de la financiación pública a favor de la privada, la potenciación de la provisión privada, el aumento de los copagos, y de forma más extrema la devolución de responsabilidad sanitaria al individuo y la retirada del Estado de estas funciones (de modelo universalista a modelo asistencialista o de

beneficencia).

2.3.1.. La importancia del apoyo social a la sanidad

La preferencia revelada por el status-quo actual es la de una cobertura sanitaria preponderantemente pública en la financiación, y, en menor medida, en la provisión de servicios. La “dependencia de senda” de la sanidad pública española está inscrita en el desarrollo del sistema sanitario de la seguridad social, diseñado en la II República y aplicado en la España de la postguerra civil; el consenso democrático marcó la tendencia a la universalización, y la Ley General de Sanidad de 1986 consolidó un fuerte consenso político y social en torno al modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) (Repullo 2012). Esta dependencia de senda es la que parece estar siendo cuestionada desde sectores de la derecha política y del mundo financiero, y facilitada por los recortes lineales que están imponiéndose por las autoridades económicas.

Las razones de que en la historia reciente se haya consolidado una clara preponderancia pública se relaciona claramente con los fallos del mercado en la sanidad, tema en el que no vamos a entrar aquí. Y estos fallos no se refieren tan sólo a la equidad, justicia o solidaridad; se refieren también al núcleo de eficiencia de los servicios, debido tanto a la existencia de externalidades como a la asimetría de información entre proveedores profesionales en relación a pacientes, aseguradores y financiadores.

En lo referente a equidad, el sistema sanitario es un potente mecanismo de reequilibrio de las oportunidades sociales. El tema para España es clave, dada la distribución tan desigual de los ingresos; de acuerdo al índice GINI⁷ tenemos un problema de equidad de ingresos en relación con nuestros vecinos, que se va incrementando con los años de transcurso de la crisis económica y las políticas de austeridad. (Tabla II.5).

Tabla II.5 .Índice GINI de desigualdad

AÑO	EU-15	España
2003	30	31
2004	30	31
2006	29,6	31,9
2007	30,3	31,9
2008	30,8	31,9
2009	30,4	33
2010	30,5	34,4
2011	30,9	34,5
2012	30,7	35

Fuente Eurostat: disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tessi190>

⁷ El coeficiente de GINI mide entre la distribución de la renta en una población (máxima equidad donde todos tienen la misma renta y 1 máxima inequidad donde toda la renta la tiene sólo una persona). Su expresión en forma de porcentaje de inequidad es el Índice de GINI.

El efecto redistributivo de la sanidad se ha evidenciado claramente en España por el estudio de Rodríguez y Calonge (1998) y se produce esencialmente por el lado del gasto (se financia proporcionalmente pero se utiliza en función de necesidad y éstas son mayores en población de menor renta): “El efecto redistributivo neto estimado representa el 31% del gasto sanitario público realizado. Más aún, el 15% de los individuos con menos recursos absorben el 48% de dicho saldo neto... A su vez, es el 21% más rico de la población el que financia el 87% de ese volumen de prestaciones que son redistribuidas en términos netos”. (Rodríguez y Calonge 1998:259).

Pero en relación al criterio de eficiencia, los fallos del Estado hacen que sea injustificable cualquier forma de desarrollar un servicio público de salud. Sólo si tiene suficiente cobertura, calidad profesional y calidad percibida, va a ser valorado y reconocido por todas las clases sociales y tendrá apoyo para su financiación. Es lo que Vicente Ortún llamaba deseabilidad; *“Los problemas de sostenibilidad financiera tienen solución siempre que se garantice la disposición social a pagar derivada de una deseabilidad de la atención sanitaria que depende de su contribución al bienestar social...”*(Ortún 2006:23)

Dicho en otros términos: si un sistema de protección social pierde calidad y deseabilidad, los grupos sociales con mayor renta dejarán de acudir, y se producirá una erosión que acabará retroalimentando el deterioro y el escape de los colectivos que puedan pagárselo. Como afirma Freire: *“En los servicios públicos universales, calidad y equidad son interdependientes: un servicio para pobres termina siendo un pobre servicio y al revés: si las clases medias y otros grupos sociales influyentes utilizan los servicios, existirá una presión política y social para que éste mantenga estándares dignos. La dualización de la sanidad en España es a medio plazo su amenaza más preocupante, del mismo modo que la utilización generalizada por parte de las sociedades nórdicas de sus servicios públicos es su mejor garantía de futuro.”* (Freire 2006:38).

A diferencia del sector educativo, en sanidad no se ha producido el “opting out” (escape al sector privado con la cuota de financiación bajo el brazo), salvo el tradicional subsistema del mutualismo administrativo para funcionarios de la Administración General del Estado. El aseguramiento privado se ha movido esencialmente como complementario a la sanidad pública, y la red de atención sanitaria de referencia en calidad, cartera de servicios y especialización sigue siendo la del Sistema Nacional de Salud. Pero este equilibrio que aún se mantiene presenta debilidades crecientes por los recortes y los cambios de orientación política.

El barómetro sanitario que encarga el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad al CIS muestra que la crisis está haciendo mella en la calidad percibida del Sistema Nacional de la Salud: aproximadamente un 25% de encuestados cambia de una percepción de mejora a una de empeoramiento entre 2010 y 2012, como se refleja en la Tabla II.6.

TABLA II.6. Comparación de porcentajes de mejora o empeoramiento percibido 2012/2010 en servicios sanitarios.

	Listas de Espera		Atención Primaria		Consultas Atención Especializada		Hospitalización	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Mejorado	21,1	13,2	42,7	30,6	36,3	25,6	39,4	27,3
Empeorado	11,7	30,0	7,9	19,8	8,9	22,1	7,5	21,1
Diferencia (mejor-peor)	9,4	- 16,7	34,9	10,9	27,4	3,5	31,9	6,3
E r o s i ó n (2012-2010) %	26,1		24,0		23,9		25,6	
Erosión media %	24,9							

Fuente: Barómetro Sanitario 2012, Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Acompañando a estos datos de calidad percibida, el tiempo medio de demoras ha aumentado de forma notoria: por ejemplo, de los 60 días de espera quirúrgica de 2010 se ha pasado a casi 100 en apenas dos años.⁸

Por lo anterior, resulta de una gran relevancia explorar la experiencia y opinión de la población respecto a la sanidad pública, y correlacionarla con las perspectivas políticas, ideológicas, y socio-económicas; también ver el contraste entre su actitud como contribuyente y receptor de beneficios de bienestar y salud. Todo esto nos permitirá perfilar la deseabilidad, y situar las opciones políticas de privatización que parecen haberse adueñado de algunas agendas de gobierno.

2.3.2. Análisis de los datos sociológicos

Tomaremos una serie de datos de estudios del CIS relativos a la actitud de la población ante el “Estado de Bienestar” para analizar diferentes variables y perspectivas de la población ante los servicios sanitarios públicos y privados.

En la tabla II.7, correspondiente al estudio 2765 del CIS del año 2008, se muestran las respuestas a una pregunta que plantea diversas opciones sobre el carácter público o privado de la titularidad y de la gestión de los servicios sanitarios⁹. Los datos muestran un amplísimo consenso social en torno a la titularidad y a la gestión públicas del sistema sanitario en España. Menos del 1% de la población se muestra partidaria de una sanidad privatizada, y solo un 2,6% de la población estaría a favor de una gestión privada de la sanidad.

⁸ Sistema de Información de Lista de Esperan en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013, diciembre. Pag 7. Disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_DIC13.pdf

⁹ CIS: Encuesta 2765 "Actitudes hacia el Estado de Bienestar". 2008. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=8860

Tabla II.7. Opinión sobre el carácter público-privado en la sanidad.

Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad	
Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	85,8
Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	8,4
Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	2,6
Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla	0,9
N.S.	1,8
N.C.	0,5
(N)	2454

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

La literatura sobre el Estado del Bienestar en España muestra que no hay diferencias entre los electorados de los grandes partidos respecto al apoyo al Estado del Bienestar. Ni siquiera entre los extremos de la escala de auto-ubicación ideológica aparecen diferencias importantes. Los datos sobre el Sistema Sanitario confirman los hallazgos sobre el apoyo bipartidista o multipartidista a la opción pública frente a la privada. Ciertamente hay un leve sesgo más favorable a la sanidad pública entre el electorado socialista, pero ese sesgo no puede ocultar el abrumador apoyo del electorado conservador al sistema público de sanidad como se aprecia en la Tabla II.8.

Tabla II.8. Público-privado en sanidad: perspectiva de preferencia política.

Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad		
Recuerdo de voto en las elecciones generales de 2008		
	PSOE	PP
Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	90,1	82,1
Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	5,6	9,7
Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	2,2	4,2
Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla	0,5	1,6
N.S.	1,3	2
N.C.	0,4	0,4
(N)	787	497

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Incluso cuando se buscan las posiciones más extremas desde el punto de vista ideológico acudiendo a la escala izquierda/derecha, como se puede ver en la Tabla II.9, se observa que no hay diferencias en el apoyo a la sanidad pública si bien se comportan en su tendencia

como cabría esperar desde el punto de vista ideológico, no lo hacen en su magnitud. Que las posiciones siete a diez de la escala de auto-ubicación ideológica den en torno al 80% apoyo al sistema público, es un dato que confirma el resultado obtenido según el recuerdo de voto: no hay diferencias en el apoyo a la sanidad pública según la ideología de los entrevistados.

Tabla II.9. Público-privado en sanidad: preferencias ideológicas.

Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad								
Escala de auto-ubicación ideológica (1-10)								
	TOTAL	Izquierda (1-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	Derecha (9-10)	N.S	N.C
Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	85,8	89,4	89,6	83,9	79,2	83,7	86,9	84,4
Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	8,4	5,3	7,2	11,2	12,6	4,7	5,7	6,4
Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	2,6	1,6	2,1	2,7	4,8	2,3	1,2	4
Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla	0,9	1,6	0,5	0,9	1,9	2,3	0,3	0,6
N.S.	1,8	1,1	0,5	1,1	1	2,3	6	2,8
N.C.	0,5	1,1	0,2	0,1	0,5	4,7	0	1,8
(N)	2454	188	614	740	207	43	336	326

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Estos resultados podrían explicar el escaso éxito que determinadas élites políticas han tenido en sus intentos de plantear políticas tendentes a la privatización de la sanidad pública. Lo que no explican estos datos es, precisamente, la razón democrática que ha impulsado a esas élites a realizar dichos intentos de privatización, pues esta información es anterior a la puesta en marcha de políticas privatizadora por parte de algunas administraciones autonómicas. En el apartado de “Discusión” volveremos sobre este punto.

Otra de las fracturas sociales que podría explicar diferencias de apoyo al carácter público o privado de la sanidad es el estatus socioeconómico de las personas. La escala que usa habitualmente el CIS está compuesta por cinco grupos sociales, que van desde la clase alta/media alta en un extremo del abanico social hasta los obreros no cualificados en el otro extremo. Al igual que ocurre con la ideología, también aquí la tendencia es la que cabría esperar, a mayor estatus social menor apoyo a la sanidad pública financiada mediante impuestos, sin embargo esta afirmación nos lleva a una percepción muy equivocada de la realidad del apoyo a la sanidad pública en la sociedad española, pues lo cierto es que aunque el apoyo de los obreros a la sanidad pública es del 89%, el de las personas de clase media y de clase alta es superior al 80% como puede observarse en la Tabla II.10.

Tabla II.10. Público-privado en la Sanidad: preferencias por estatus socio-económico.

Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad						
Estatus socioeconómico del entrevistado						
	TOTAL	Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados
Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	85,9	80,3	81	88,2	89,2	89,3
Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	8,2	14,7	10,7	5,6	6,1	5
Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	2,7	3,2	4,4	2,1	2,3	1
Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla	0,9	0,7	1,7	0,7	0,6	0,7
N.S.	1,8	0,7	1,5	2,8	1,5	3,3
N.C.	0,5	0,2	0,8	0,7	0,3	0,7
(N)	2408	401	478	432	797	300

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Las viejas clases medias tienen una percepción de la financiación y provisión pública tan alta como los obreros; en esta clasificación se entiende por viejas clases medias a los trabajadores en pequeños negocios, autónomos, o de “cuello azul”, así como una parte de los trabajadores del campo. Por nuevas clases medias se refiere a empleados en administración y servicios.¹⁰ En todo caso, todo parece indicar que la sanidad pública se percibe como una red de seguridad trans-clasista.

No podría extraerse, a partir de estos datos, la conclusión de que el utilitarismo, como teoría de la justicia, es lo que explica el apoyo de las clases altas y medias altas al sistema sanitario público en España.

Hemos visto hasta ahora que ni la ideología política, ni el estatus social resultan sociológicamente relevantes, más allá de su significatividad estadística, para explicar diferencias en el masivo apoyo a la sanidad pública en nuestro país. Nos queda por explorar una última hipótesis relacionada con la percepción de justicia en nuestra sociedad. Desde ciertas teorías de la justicia, relacionadas con el esfuerzo y la igualdad de oportunidades, próximas al pensamiento de Rawls podríamos esperar que el apoyo a la sanidad pública en nuestro país estuviera ligado a la percepción de que España es un país muy desigualitario. En efecto, como se puede constatar en la Tabla II.11 la percepción ampliamente mayoritaria que tienen los entrevistados del CIS a lo largo que casi dos décadas es que España es un país poco o nada igualitario.

¹⁰Para una revisión de las categorías de clase ver: CIS: Nota de Investigación: actualización de las clasificaciones nacionales de ocupación y de actividad económica en los datos del CIS. 2013.. Disponible en: http://www.cis.es/cis/openm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=8860

Tabla II.11. Evolución de la percepción de sociedad igualitaria.

Consideración de España como una sociedad IGUALITARIA					
	01-1994 2078	12-1994 2128	01-1996 2205	12-2010 2856	12-2012 2972
Muy	2,6	2,1	1,9	1,7	1,1
Bastante	25,9	19,1	21,1	33,4	25,4
Poco	50,2	51,9	54,4	48	53,5
Nada	8,7	16,3	13,9	8,6	13,8
N.S.	11,3	10,2	8,3	7,5	5,5
N.C.	1,2	0,4	0,4	0,8	0,6
(N)	2495	2488	2486	2480	2480

Fuente: Estudios CIS 2078, 2128, 2205, 2856 y 2972

Cabría esperar que “bajo el velo de la ignorancia”¹¹, ante la perspectiva de vivir en una sociedad percibida como poco igualitaria, los ciudadanos apuesten por la garantía de un servicio público de sanidad que los proteja en el caso de que el azar les depara malas posiciones sociales. Sin embargo, como hemos visto antes, el masivo apoyo a la sanidad pública no varía ni siquiera cuando ese velo se ha descorrido y analizamos el comportamiento por estatus. Las clases altas, a pesar de que ya se saben en la posición favorable en una sociedad desigualitaria, siguen apoyando la sanidad pública.

De hecho, incluso cuando se analiza este apoyo en términos más estrictos de teoría de la justicia los resultados vuelven a ser contrarios a las expectativas teóricas. En efecto, cabe esperar que quienes atribuyen las situaciones de necesidad y pobreza a razones de carácter estructural, de un diseño social injusto, o al azar, también injusto, apoyen un sistema de sanidad pública universal pagada con impuestos. De igual modo, cabría esperar que quienes atribuyen la necesidad o la pobreza a la dejadez y la pereza de las personas hagan una apuesta por un sistema privado en el que cada palo aguante su vela.

Como se puede apreciar en la Tabla II.12, quienes atribuyen la pobreza y la necesidad a la pereza o a la falta de voluntad apuestan por una sanidad de provisión y financiación públicas en la misma proporción que aquellos que atribuyen las situaciones de necesidad al azar o a las injusticias sociales. Más allá de los criterios de justicia, de utilidad, más allá de la ideología política o de los recursos económicos, el apoyo a la sanidad pública en España es abrumadoramente mayoritario. La pregunta que cabría hacerse no es tanto por las razones del apoyo de los sectores más desfavorecidos o por las personas de izquierdas, sino por las razones de los sectores favorecidos y las personas ideológicamente de derechas.

¹¹ "Bajo el velo de ignorancia" se refiere a establecer las preferencias de un equilibrio social sin saber en qué posición más o menos ventajosa estaría una persona posteriormente: es un desiderátum o método heurístico planteado por el filósofo Rawls para formular criterios de justicia social.

Tabla II.12. Público-privado en sanidad: opiniones desde concepción del origen de la pobreza.

Origen de la pobreza o existencia de personas que viven situaciones de necesidad en España			
Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad	Porque no han tenido suerte	Por pereza o falta de voluntad	Porque nuestra sociedad es muy injusta
Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	86,6	83,3	87,9
Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	6,6	9,7	7,5
Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	2,2	3,7	2,6
Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla	1,1	2	0,5
N.S.	3	1	1,4
N.C.	0,5	0,3	0,1
(N)	365	300	862

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Una de las respuestas que se ha dado a esta paradoja es que el Estado del Bienestar en España es poco redistributivo, de manera que resultaría beneficioso para unos sectores acomodados que aportan poco y consiguen mucho. De los datos del CIS podemos recabar algunas percepciones subjetivas al respecto.

La tabla II.13 nos muestra una serie estadística que abarca las opiniones de los entrevistados por el CIS durante los últimos veinte años sobre la función que cumplen los impuestos en la sociedad española.

Los datos muestran que es claramente mayoritaria la percepción de los ciudadanos y ciudadanas españoles sobre la ausencia de un carácter redistributivo de los ingresos. Solo uno de cada diez entrevistados opina que los impuestos sirven para distribuir mejor la riqueza. El núcleo mayoritario de la ciudadanía española, en torno a la mitad, considera que la función de los impuestos, antes que redistribuir la riqueza, consiste en financiar los servicios públicos. Ciertamente otro numeroso sector de la población, entre un cuarto y un tercio, declara no saber muy bien a dónde van a parar sus impuestos. La serie refleja una gran estabilidad en las opiniones de los ciudadanos a lo largo de más de veinte años y cuatro gobiernos de dos colores distintos. Se observa, desde el comienzo de la crisis, un incremento significativo del número de opiniones más escépticas con respecto a la finalidad de los impuestos. Siendo todavía mayoritaria la opinión de que los impuestos financian la prestación de servicios públicos, ha crecido de manera significativa el escepticismo sobre la utilidad de los impuestos. En todo caso, lo que no varía en el tiempo es el sentimiento mayoritario de que los impuestos no cumplen un papel en la redistribución de la riqueza en España.

Tabla II.13. Evolución sobre la función que cumplen los impuestos.

FUNCIONALIDAD DE LOS IMPUESTOS								
Fecha Estudio	07-1991 1971	07-1995 2187	06-2000 2394	07-2005 2615	07-2010 2841	07-2011 2910	07-2012 2953	07-2013 2994
Los impuestos son un medio para distribuir mejor la riqueza en la sociedad	14	17	11	10,4	10,4	8,7	9,3	10,8
Los impuestos son algo que el Estado nos obliga a pagar sin saber muy bien a cambio de qué	27	25,5	30,2	26,8	29,4	34,2	38,2	38,7
Los impuestos son necesarios para que el Estado pueda prestar servicios públicos, hacer carreteras, etc.	51	51,9	54,8	59,2	56,4	53,9	48,1	46,7
N.S.	6	5	3,9	3	3,1	2,8	3,1	3,1
N.C.	2	0,6	0,2	0,6	0,6	0,5	1,4	0,7
(N)	2462	2490	2490	2483	2469	2468	2471	2482

Fuente: Estudios CIS n° 1971, 2187, 2394, 2615, 2841, 2910, 2953 y 2994

¿Debería de haber diferencias en la percepción de los ciudadanos sobre la función que cumplen los impuestos según su estatus social? La respuesta es que hay ciertas diferencias entre unas clases y otras. Los datos más recientes muestran un mayor escepticismo sobre la función de los impuestos entre los obreros cualificados y no cualificados que entre las clases medias y altas. La respuesta de los obreros podría ser coherente con la conciencia de que los impuestos no cumplen en nuestro país una verdadera función redistributiva. En la encuesta del CIS las dos categorías de obreros están formadas mayoritariamente por asalariados. Se trata, por tanto, de sectores sociales que tienen pocas posibilidades de eludir sus obligaciones fiscales si así lo quisieran. Así que su denuncia respecto a la utilidad de los impuestos puede tener que ver con la percepción de que no reciben tanto como pagan. Aunque, obviamente, esta puede no ser ni la única explicación, ni la principal.

Aunque excede el propósito de este trabajo, los enfoques de “capital social” podrían ayudar a entender estas paradojas; en palabras de Javier Segura referidas a las teorías de Putnam, “... una de las aportaciones más valiosas es la diferenciación entre el capital social vínculo o cohesivo (Bonding social capital) y el capital social puente o conectivo (Bridging social capital). Permite reflexionar sobre una importante diferencia: la fraternidad entre iguales o la fraternidad entre diferentes. La forma como se combinan ambos tipos de capital social determinará la segmentación de nuestras ciudades, la actitud ante la inmigración, ante los impuestos o hacia la educación y la sanidad públicas. Es decir, el modelo de sociedad, más o menos igualitaria, que construimos”.(Segura del Pozo 2011) Aplicado a este caso, la desconfianza en las instituciones (conectivo) y en sus impuestos, conlleva un repliegue hacia lazos familiares y del núcleo próximo (cohesivo); de hecho buena parte de la adaptación de las familias a la crisis se ha basado y ha reforzado el vínculo familiar, mientras que ha confirmado el fallo de las instituciones.

Tabla II.14. Opinión sobre impuestos y estatus socio-económico.

Funcionalidad de los impuestos 2013						
Estatus socioeconómico del entrevistado [recodificada]						
	TOTAL	Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados
Los impuestos son un medio para distribuir mejor la riqueza en la sociedad	10,8	14,3	11,8	10,5	9,3	7,5
Los impuestos son algo que el Estado nos obliga a pagar sin saber muy bien a cambio de qué	38,7	24	37,7	35,1	47,3	44,2
Los impuestos son necesarios para que el Estado pueda prestar servicios públicos	46,7	59,5	46,4	48,9	40,2	43,3
N.S.	3,1	0,7	3,6	4,5	2,5	5
N.C.	0,7	1,6	0,5	0,9	0,7	0
(N)	2482	442	576	333	752	321

Fuente: Estudio CIS nº 2994 sobre Opinión Pública y Política Fiscal, 2013.

Los datos del CIS nos permiten una mayor aproximación a la percepción subjetiva de los ciudadanos sobre el efecto redistributivo de los impuestos en España. La tabla II.13 muestra la evolución de la valoración de las prestaciones que reciben los entrevistados y sus familias por el pago de impuestos. Globalmente se aprecia una fuerte estabilidad en las respuestas desde las primeras observaciones, a mediados de los años noventa, que se quiebra con la crisis económica. En todo caso constatamos que hay una percepción en gran parte de la población de fuerte desequilibrio entre lo que paga en impuestos y lo poco que se recibe en prestaciones. (Tabla II.15).

Tabla II.15. Evolución de la valoración de la contribución fiscal y el retorno en servicios

VALORACIÓN DE LAS CONTRAPRESTACIONES QUE SE RECIBEN PERSONAL Y FAMILIARMENTE POR EL PAGO DE IMPUESTOS							
Fecha /núm. Estudio	07-1995 2187	06-2000 2394	07-2005 2615	07-2010 2841	07-2011 2910	07-2012 2953	07-2013 2994
Más de lo que paga	9	7,9	7,5	7	7,2	5,6	6,2
Más o menos lo que paga	27	29,9	32	31,8	28,2	24,7	22,3
Menos de lo que paga	54,6	54,3	51,4	54,5	59,1	64,6	66,6
N.S.	9	7,6	8,7	6,2	5,4	4,7	4,6
N.C.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,3
(N)	2500	2489	2483	2469	2468	2471	2482

Fuentes: Estudios CIS: 2187, 2394, 2615, 2841, 2910, 2953 y 2994

La pregunta pertinente es ¿qué sectores sociales se consideran perjudicados?

Tabla II.16. Valoración de contribución fiscal y retorno en servicios, en función del estatus socio-económico.

Valoración de las contraprestaciones que se reciben personal y familiarmente por el pago al Estado de impuestos y cotizaciones						
Y más en concreto, teniendo en cuenta lo que Ud. y su familia reciben del Estado en servicios sanitarios, Seguridad Social, enseñanza, carreteras, etc., ¿diría Ud. que el Estado le da más de lo que Ud. paga en impuestos y cotizaciones, más o menos lo que paga, o menos de lo que paga en impuestos y cotizaciones?						
Estatus socioeconómico del entrevistado						
	TOTAL	Clase alta/ media-alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados
Más de lo que paga	4,6	5,5	5,2	6	2,6	5,3
Más o menos lo que paga	27	32,9	23,8	26,6	27,1	24,7
Menos de lo que paga	61,3	57,6	65,1	57,4	62,9	61,7
N.S.	6,8	3,7	5,4	9,3	7,2	8,3
N.C.	0,3	0,2	0,4	0,7	0,3	0
(N)	2408	401	478	432	797	300

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

La Tabla II.16 nos muestra un resultado que aporta cierta evidencia a favor de la tesis de que el Estado del Bienestar en España no cumple un fuerte papel redistributivo. La categoría de estatus más alta percibe un mayor equilibrio entre lo que paga y lo que recibe que la categoría de estatus más baja: la de los obreros no cualificados. Ciertamente se trata de diferencias pequeñas. La conclusión más robusta que cabe sacar de los datos es que,

para cualquier grupo de estatus, se paga más en impuestos de lo que se recibe por ellos en prestaciones del Estado de Bienestar. Cabe la duda de hasta qué punto esta percepción tiene que ver con la realidad o si se compadece más bien con convenciones ideológicas que han venido estigmatizando los impuestos a lo largo de muchos años.

En la Tabla II.17 podemos apreciar las opiniones por tramos de ingresos del hogar del entrevistado. En este caso también la conclusión más robusta es que, para cualquier categoría de ingresos del hogar, la percepción de los entrevistados es que pagan más de lo que reciben.

Si bien en esta ocasión, a diferencia de lo que ocurre con la clasificación por estatus social que hemos visto en la tabla II.16, la percepción de que se recibe menos de lo que se paga se incrementa conforme crece el nivel de ingresos familiares.

Con todo, los datos no permiten afirmar que la percepción de los ciudadanos sea que nuestro Estado del Bienestar es particularmente redistributivo.

Tabla II.17. Valoración de la contribución fiscal y retorno en servicios en función del nivel de ingresos del hogar.

Valoración de las contraprestaciones que se reciben personal y familiarmente por el pago al Estado de impuestos y cotizaciones				
Y más en concreto, teniendo en cuenta lo que Ud. y su familia reciben del Estado en servicios sanitarios, Seguridad Social, enseñanza, carreteras, etc., ¿diría Ud. que el Estado le da más de lo que Ud. paga en impuestos y cotizaciones, más o menos lo que paga, o menos de lo que paga en impuestos y cotizaciones?				
Nivel de ingresos del hogar (mensual)				
	TOTAL	Menos de 900	De 901 a 1800	De 1801 y más
Más de lo que paga	4,5	10,9	4,2	3,8
Más o menos lo que paga	27,1	25,5	30,7	27,0
Menos de lo que paga	61,1	46,7	60,2	66,4
N.S.	6,8	16,5	4,7	2,2
N.C.	0,4	0,3	0,3	0,5
(N)	1740	321	794	625

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

La tesis de que las clases medias y altas apuestan por el Estado del Bienestar porque en España es menos distributivo, debería ser compatible con determinadas teorías de la racionalidad económica. Es decir, que en cualquier caso, cabría esperar que las personas que creen recibir menos prestaciones del Estado de lo que pagan en impuestos tuvieran menores preferencias por el Estado del Bienestar que aquellas que consideran que reciben más o el equivalente a lo que pagan. Las diferencias de preferencias que nos muestran los datos del CIS ponen claramente en cuestión dicha hipótesis, como podemos ver en la Tabla II.18. Si bien el 92% de las personas que consideran que reciben más de lo que pagan en impuestos apoya la sanidad pública, un 86% de las que consideran que reciben menos de lo que aportan también apoyan un sistema de sanidad pública financiada con impuestos.

Una diferencia que va en la dirección que cabría esperar en teoría pero cuya pequeña magnitud pone en cuestión las expectativas que habría de alimentar la hipótesis de una determinada racionalidad en términos de coste beneficio.

Al analizar las respuestas a las encuestas del CIS no debemos olvidar que se trata de las percepciones subjetivas de los entrevistados. Cabría explicar por el desconocimiento del coste real de los servicios la escasa diferencia en las preferencias por la sanidad pública que observamos en la Tabla II.18. Es decir, entre personas que tienen una percepción muy distinta de la relación coste beneficio que hay entre los impuestos que pagan y los servicios que obtiene. Si esto fuera así, el uso de los servicios sanitarios debería funcionar como un criterio de discriminación. Al menos, quienes usan los servicios sanitarios deberían tener una percepción más favorable de lo que reciben que aquellos que no los usan.

Tabla II.18. Valoración de la contribución fiscal y el retorno en servicios, y la opinión sobre público-privado en sanidad.

Valoración de las contraprestaciones que se reciben personal y familiarmente por el pago al Estado de impuestos y cotizaciones					
Y más en concreto, teniendo en cuenta lo que Ud. y su familia reciben del Estado en servicios sanitarios, Seguridad Social, enseñanza, carreteras, etc., ¿diría Ud. que el Estado le da más de lo que Ud. paga en impuestos y cotizaciones, más o menos lo que paga, o menos de lo que paga en impuestos y cotizaciones?					
	TOTAL	Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad			
		Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla
Más de lo que paga	111	91,9	5,4	0,9	0,0
Más o menos lo que paga	664	86,4	8,4	2,9	0,3
Menos de lo que paga	1500	86,0	8,5	2,9	1,3
N.S.	168	79,2	8,9	0,6	0,0
N.C.	11	63,6	9,1	0,0	0,0
(N)	2454	85,8	8,4	2,6	0,9

Fuente: Estudio CIS nº 2765

Los datos de la Tabla II.17 ponen en cuestión la hipótesis de que el uso de los servicios del Estado del Bienestar modifica la percepción ciudadana sobre el valor de las contraprestaciones a sus impuestos; o al menos no ocurre en relación con la sanidad pública. En este caso se trata de dos servicios relacionados con la sanidad: “Asistencia sanitaria en centros de salud públicos” y “Asistencia sanitaria en hospitales públicos”. En ninguno de los dos casos, la valoración de las contraprestaciones que se reciben personal o familiarmente a cambio de los impuestos varía en función del uso o no de servicios sanitarios públicos.

Tabla II.19. Valoración de la contribución fiscal y retorno en servicios, en función de haber utilizado los centros sanitarios y los hospitales públicos.

Utilización de distintos servicios públicos en los últimos doce meses						
Dígame, por favor, si ha utilizado los siguientes servicios públicos en alguna ocasión, durante los últimos doce meses .						
Asistencia sanitaria en centros de salud públicos						
Valoración de las contraprestaciones que se reciben personal y familiarmente por el pago al Estado de impuestos y cotizaciones						
	TOTAL	Más de lo que paga	Más o menos lo que paga	Menos de lo que paga	N.S.	N.C.
Sí	2049	5	26,7	61,2	6,5	0,5
No	399	1,8	28,8	61,2	8	0,3
N.C.	6	16,7	16,7	33,3	33,3	0
(N)	2454	4,5	27,1	61,1	6,8	0,4
Asistencia sanitaria en hospitales públicos						
Valoración de las contraprestaciones que se reciben personal y familiarmente por el pago al Estado de impuestos y cotizaciones						
	TOTAL	Más de lo que paga	Más o menos lo que paga	Menos de lo que paga	N.S.	N.C.
Sí	1277	4,5	27,2	61,3	6,6	0,5
No	1170	4,5	26,9	61	7,1	0,4
N.C.	7	14,3	28,6	42,9	14,3	0
(N)	2454	4,5	27,1	61,1	6,8	0,4

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Si el uso o no de servicios sanitarios públicos no aparece asociado con la valoración de las contraprestaciones que se reciben a cambio de los impuestos, tampoco se asocia a las preferencias de los entrevistados sobre el tipo de sanidad que prefieren. Como podemos observar en la Tabla II.20 haber recibido o no asistencia sanitaria en un hospital público en el último año no altera las preferencias sobre el carácter público o privado de la sanidad. El 86% de los que usaron los servicios de un hospital público en el año anterior a la encuesta se muestran partidarios de una sanidad pública financiada con impuestos, el mismo porcentaje que en el caso de los que no hicieron uso de un hospital público en el mismo periodo.

De los datos cabe deducir que si bien los entrevistados no aprecian más los beneficios que les reporta la sanidad pública cuando la usan que cuando no la usan, también es cierto que aprecian en un alto grado el sistema sanitario público, lo usen o no; el concepto de “red de seguridad” ha sido crecientemente utilizado en las reformas de sistemas de salud como el de Estados Unidos, como elemento clave de construcción de ciudadanía y protección de las enfermedades graves y económicamente ruinosas. (Redlener et al. 2009).

Tabla II.20. Público-privado en sanidad, en función de haber utilizado los hospitales públicos.

Utilización de distintos servicios públicos en los últimos doce meses					
Dígame, por favor, si ha utilizado los siguientes servicios públicos en alguna ocasión, durante los últimos doce meses .					
Asistencia sanitaria en hospitales públicos					
Opinión sobre el carácter público/privado de la sanidad					
	TOTAL	Debe ser pública y financiarse mediante los impuestos	Debe ser pública y financiarse en parte con impuestos y en parte con tasas que paguen los usuarios	Debe financiarse públicamente y ser gestionada por el sector privado	Debe privatizarse, toda o en parte, y pagarla directamente los ciudadanos al utilizarla
Sí	1277	86,3	7,5	3,2	0,6
No	1170	85,5	9,2	2	1,1
N.C.	7	57,1	14,3	0	0
(N)	2454	85,8	8,4	2,6	0,9

Fuente: Estudio CIS nº 2765 sobre Actitudes ante el Estado de Bienestar

Si bien la literatura científica aporta pruebas de que el masivo apoyo de la sociedad española a la sanidad pública podría estar asociado al mayor apoyo de las clases medias y altas en comparación con el que dan a los servicios del Estado del Bienestar en otros países, lo cierto es que los datos sobre la percepción subjetiva de los entrevistados apuntan más bien a otras explicaciones. Los datos que venimos comentando apuntan a que el masivo apoyo de la sociedad española a la sanidad pública puede tener más que ver con una concepción proteccionista y solidaria de la sociedad y el Estado antes que con intereses de carácter individual.

La Tabla II.21 aporta evidencia a favor de esta última interpretación. En una escala del 1 al 10 en la que el 1 representa las posiciones más individualistas respecto a la responsabilidad del propio bienestar y el 10 las más estatistas, la sociedad española se sitúa como media en 6,19. Los datos por recuerdo de voto nos muestran que sea cual sea la opción de voto, la media se sitúa siempre por encima del 5. Cabe concluir que en la sociedad española actual hay una posición a favor de una implicación importante del Estado en la protección de las personas. Un compromiso que, como hemos visto a lo largo del presente trabajo, va más allá de los puros intereses individuales y que podría asociarse más bien con una cierta idea de la justicia.

Tabla II.21. Responsabilidad estado-individuo en bienestar en función de preferencia política.

Posicionamiento en la escala (1-10) sobre el responsable principal del bienestar de la gente						
En una escala en la que el 1 significa que "cada uno/a debe hacerse cargo de su propio bienestar", y el 10 que "es el gobierno el que debe asumir la responsabilidad del bienestar de la gente", ¿en qué posición se situaría Ud.?						
	Recuerdo de voto en las elecciones generales de 2011 de los votantes					
	TOTAL	PP	PSOE	IU (ICV Cataluña)	UPyD	CiU
Media	6,19	5,92	6,5	6,47	5,79	6,71
Desviación típica	2,15	2,16	2,09	2,27	1,93	2,08
N	1859	547	461	145	67	45

Fuente: Estudio CIS nº 3007, 2013: Latin-barómetro

La Tabla II.22 nos ayuda a entender la concepción de la justicia que subyace a la Tabla II. 19 . Cuando se pregunta a los entrevistados por la responsabilidad de las personas sobre su propio destino profesional obtenemos una respuesta que se sitúa en una posición intermedia entre una sociedad adquisitiva y una sociedad adscriptiva.

Tabla II.22. Causa explicativa de razones de mejor posición económica en función de preferencia política.

Escala de valoración (0-10) de los motivos para conseguir una posición económica						
Hay quienes piensan que la posición económica de las personas depende casi exclusivamente de su esfuerzo, educación y valía profesional (en una escala de 0 a 10 se situarían en el punto 0). Otras piensan que lo que realmente importa es el origen familiar, los contactos o simplemente la suerte (éstas se situarían en el punto 10). ¿Qué cree Ud. que influye más en la posición económica que alcanzan las personas en España?						
	Recuerdo de voto en las elecciones generales de 2011 [recodificada]					
	TOTAL	PP	PSOE	IU (ICV en Cataluña)	UPyD	CiU
Esfuerzo, educación y valía profesional (0-1)	8	8,7	7,9	7,4	7,8	19,5
(2-3)	18,3	20,2	18,3	17	18,2	34,1
(4-6)	34,8	39,1	34,2	30,4	36,4	26,8
(7-8)	25,5	20,4	25,4	31,1	26	7,3
Origen familiar, contactos, suerte (9-10)	11,5	9,5	13,1	11,9	11,7	12,2
N.S.	1,7	2	1	2,2	0	0
N.C.	0,2	0,2	0	0	0	0
(N)	2482	609	480	135	77	41
Media	5,37	5,06	5,45	5,68	5,36	4,05
Desviación típica	2,63	2,58	2,66	2,68	2,66	2,82
N	2436	596	475	132	77	41

Fuente: Estudio CIS nº 2994, 2013: Opinión Pública y Política Fiscal

A una sociedad en la que el destino personal tiene tanto de mérito como de destino, le correspondería un Estado que ha de jugar un papel de compensación y protección tan fuerte como son los riesgos de que circunstancias ajenas a la voluntad de las personas puedan influir negativamente en sus vidas.

2.3.3. Caracterización de la población

Los estudios analizados en el punto anterior nos muestran una interesante caracterización de la percepción de la población respecto al Estado, a los servicios de bienestar, y a la sanidad.

1- Un 85,5% opina que la sanidad debe ser pública (en la provisión) y financiarse por impuestos; los copagos parciales no reciben casi apoyo (8,4%), y la externalización de la provisión (gestión por el sector privado) apenas recaba un 2,6% .

2- Esta preferencia por una financiación y provisión pública dominante, no se altera ni por la preferencia electoral (votantes del PP 82,1%), la auto-ubicación ideológica (derecha 83,7%), o el estatus socio-económico (clase alta y media alta 80,3%).

3- España se percibe cada vez más como una sociedad crecientemente menos igualitaria (la respuesta poco o nada igualitaria creció 8,4% entre 1994 y 2012). Los que consideran que la pobreza proviene de la pereza o falta de voluntad, también prefieren que la sanidad sea pública y se financie por impuestos (83,3%).

4- La utilidad en el pago de los impuestos es cuestionado por un creciente número de encuestados: un 38,7% piensa que “los impuestos son algo que el Estado nos obliga a pagar sin saber muy bien a cambio de qué” (en 1995 sólo un 25,5% opinaba esto); curiosamente esta opinión no se distribuye con lógica por estatus socio-económico (los obreros y nuevas clases medias son muy críticos, posiblemente por su imposibilidad de escape a la presión tributaria).

5- El balance entre lo que se paga y lo que se recibe siempre está sesgada: la crisis económica (más impuestos y menos prestaciones) desde 2005 ha incrementado la percepción de recibir menos de lo que se paga (15,2 % de aumento); además, esta percepción es transversal y generalizada a todos los grupos de estatus socioeconómico (indicativo de una pobre educación fiscal o de desconfianza en las instituciones); no obstante el gradiente de nivel de ingresos de hogar muestra que a mayores rentas mayor conciencia de pobre retorno de la contribución fiscal y de cotizaciones. Lo más llamativo es que este balance entre pagos y retornos no afectan a la opinión sobre el carácter público de la financiación y provisión de servicios sanitarios (nunca baja de un 86% de apoyo, ni en el grupo que cree que recibe menos de lo que paga).

6- La utilización en el año anterior de los servicios de asistencia sanitaria públicos, y más en concreto de los hospitales, no altera la percepción de contraprestaciones que se reciben por impuestos y cotizaciones; y el usarlos o no usarlos es irrelevante para la opinión de que la sanidad debe ser pública y financiarse mediante impuestos (86,3% los usuarios frente a 85,5% los no usuarios).

7- La mayoría de los encuestados, con poca diferencia por sus preferencias políticas se sitúan en algo más de 6 puntos, entre el 1 de que cada cual debe hacerse cargo de su

bienestar y el 9 de que el gobierno debe asumir la responsabilidad del bienestar de la gente; muy templada y homogénea (media 5,37) es también la interpretación de los motivos para conseguir una buena posición económica, entre el esfuerzo-educación-valía (0-1) y el otro extremo de origen familiar-contactos-suerte.

Destaca con claridad el fuerte apoyo ciudadano a un statu quo de sanidad con financiación y provisión pública dominantes, que se mantiene desde cualquier perspectiva de preferencia política, de auto-ubicación ideológica y de estratificación socio-económica; en realidad es difícil concebir en una sociedad tan plural y cambiante como la española, algún anclaje tan sólido como este apoyo al modelo de Sistema Nacional de Salud.

Y es llamativo el contraste con la creciente tendencia en el centro-derecha político a cuestionar su solvencia y viabilidad (“la sanidad que podemos permitirnos”) que lleva a una des-priorización presupuestaria frente a otras opciones (esencialmente el rescate bancario) que difícilmente resistiría una mínima consulta a las preferencias de la población.

También sorprende el cambio operado tras el Real Decreto Ley 16/2012 en la definición de la cobertura del SNS: se pasa de una orientación poblacional y universalista, a otra de aseguramiento vinculado al mercado de trabajo y certificado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social; este ánimo restrictivo se concreta con exclusiones de inmigrantes sin papeles (con salvedades de gestión siempre compleja como urgencias, y materno-infantil), y en la segmentación de la cartera de prestaciones “suplementarias” con la separación de la farmacia, ambulancias y prótesis y la generalización para éstas de los copagos.(Repullo 2014).

Y mucho más chocante resultan las propuestas de externalización de la provisión como elemento de austeridad y ahorro: porque si bien puede ser cierto que el sector privado pueda alcanzar costes unitarios de producción de algunos servicios menores en el corto plazo, la concertación de servicios tiende a estimular la demanda y a elevar las cantidades, incrementando finalmente el gasto total vía sobre-indicación de actividad.

En el único trabajo con base empírica realizado en España, Comunidad Valenciana, se ve que los departamentos (áreas de salud) con modelo de externalización vía concesión a empresas privadas muestran un 18% de menor gasto por alta hospitalaria, pero un 21% más de ingresos hospitalarios por población; el gasto final sería un 7,5% más caro en las concesiones por dominar el segundo efecto sobre el primero.(Peiró 2012) Aunque carecemos de evidencia y de información para hacer comparaciones válidas y ajustadas a casuística-severidad de los desempeños de los diferentes modelos de hospital, parece claro que la rotunda afirmación de que la externalización ahorra dinero o es ignorancia atrevida o es ideología interesada.

En el caso de la Comunidad de Madrid, la externalización de seis hospitales planteada para 2013 afectaba a centros cuya función clínica se realizaba a través de una empresa pública, y que por su diseño y modelo de gestión tenían ya costes unitarios muy ajustados. Los datos económicos y de derivaciones intercentros fueron confusos y cambiantes, y restaron la mínima credibilidad a las autoridades sanitarias de Madrid; la agrupación médica llamada AFEM aportó informes que desvelaron la falta de solvencia en los análisis sanitarios y económicos¹², y el movimiento llamado “marea blanca” promovió recursos contra el

¹² Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid. Informe: “¿Garantiza realmente la sostenibilidad del Sistema Sanitario el Plan de Medidas proyectado por la Comunidad de Madrid?. Madrid: AFEM. 2013. Disponible en: <http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/informeult.pdf>

proceso que tuvieron finalmente efecto en la paralización de la privatización.

Resulta particularmente llamativo este párrafo del auto de paralización, donde el magistrado muestra extrañeza sobre “cómo los responsables de la Administración, encargados de la gestión pública de este servicio esencial, asuman sin más su incompetencia para gestionarlo con mayor eficiencia...” para concluir dudando sobre donde se encuentra realmente el interés general: “ lo cierto es que, en un supuesto tan particular como éste, asiste la duda al plantearse si el interés general se concreta en ese ahorro de costes que proclama la Administración o si, por el contrario, el interés general demanda el mantenimiento del sistema que ahora se pretende cambiar”.¹³

El magistrado nos da pie a formular el problema clave de esta discusión: el interés general no parece bien servido ni por el pragmatismo de la austeridad basada en recortes lineales de servicios públicos, ni por el repliegue del Sistema Nacional de la Salud desde el universalismo hacia el aseguramiento con restricciones de cobertura y cartera; ni por la privatización de la prestación o provisión de servicios.

Y, además, el desajuste con la opinión dominante en la población, y en su propio electorado, lleva a los gobiernos de centro-derecha a gestionar estas políticas con: a) ocultamiento del propósito y proyectos en los momentos pre-electorales; b) falta de transparencia y maquillaje activo en la publicación de los datos; c) evitación de escenarios y procesos de rendición de cuentas.

El buen gobierno aconsejaría en políticas de austeridad anticipar los posibles efectos adversos y monitorizar activamente las consecuencias; y actuar preventivamente para paliar los problemas sobrevenidos y rectificar los fallos en el diseño o la gestión de las políticas. Sin embargo, la cultura política adversarial y ocultista dominante en estos gobiernos busca apartar el escrutinio público de estos problemas. Un ejemplo es la disuasión con factura a inmigrantes sin papeles en la puerta de urgencia de los hospitales; sin negar formalmente el derecho de acceso, la barrera de pánico aleja a enfermos en fases tempranas de un problema grave y puede producir tragedias.¹⁴

2.3.4. Un balance

Los sistemas públicos de salud no sólo están pasando por dificultades en el soporte financiero (sostenibilidad externa) o en la gestión de sus propias tendencias de incremento del uso de las tecnologías y servicios (sostenibilidad interna): están siendo impugnados desde una perspectiva ideológica que cuestiona los consensos sobre la universalidad existentes a nivel amplio en la mayoría de países desarrollados. (McKee y Stuckler 2011).

En España este proceso es más llamativo; porque incide en un consenso social muy amplio e interclasista que defiende el equilibrio actual favorable a un Sistema Nacional de Salud

¹³ Auto del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de la Comunidad de Madrid, nº 283/2013 02-09-2013. Disponible en: <http://www.legaltoday.com/informacion-juridica/jurisprudencia/contencioso-administrativo/auto-juzgado-de-lo-contencioso-administrativo-comunidad-de-madrid-num-2832013-02-09-2013>

¹⁴ El País. Los hospitales siguen amenazando con cobrar en urgencias a los inmigrantes. 15 Julio 2014. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/15/actualidad/1405441525_694774.html

con financiación pública y provisión pública dominante; y porque no se ha formulado en clave de proyecto político susceptible de ser debatido, sino de hechos consumados, supuestas imposiciones internacionales, o Reales Decretos Leyes de imposible maduración o mejoramiento.

Por ello podemos concluir que parece evidente que no estamos ante un debate clásico de perspectivas y conflictos entre clases socio-económicas, preferencias políticas o sensibilidad ideológica; no es una pugna entre sociedad e individuo; parece que es el interés patrimonial y particular de unos pocos el que tuerce y altera la agenda política y social y de facto bloquea la necesaria consolidación de un pacto que revitalice el contrato social por un SNS sostenible.

III. PRESTACIÓN PÚBLICA VS. PRESTACIÓN PRIVADA

En el capítulo anterior hemos obtenido dos conclusiones correspondientes a la primera de las preguntas de investigación que hemos formulado.

El derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental. A lo largo de todo el capítulo se han impugnado todos los argumentos que apoyan la distinción entre los derechos civiles y políticos, referidos como derechos de primera generación, y los derechos sociales, en concreto el derecho a la salud, denominados habitualmente de segunda generación.

La segunda conclusión de importancia que se obtiene es el amplio grado de consenso que tiene en la sociedad española la defensa de un modelo de sistema sanitario que sea público y financiado con impuestos. Los españoles tienen un ideal de sociedad justa que se aproxima al concepto liberal-igualitarista de Rawls.

Por tanto, de una parte el Derecho entendido como la expresión de los valores de una sociedad democrática y la investigación empírica de la opinión de los españoles a partir de los distintos sondeos del CIS, nos permiten definir que es lo que la sociedad española desea.

Una vez acotada la primera parte de la investigación, en este tercer capítulo, se formula la segunda pregunta de la investigación: ¿Quién debe asegurar su desarrollo y con qué recursos?

Es decir, ¿el derecho a la protección de la salud puede satisfacerse con el mercado? o, por el contrario, el mercado adolece de fallos en eficiencia y equidad que hacen necesaria la intervención de los poderes públicos. Después de revisar el marco teórico y la literatura sobre fallos de mercado, profundizaremos en los fallos de los mercados sanitarios.

Pero el Estado también presenta fallos en su funcionamiento, especialmente en cuanto a la eficiencia con la que asigna recursos. Por tanto, seguidamente a la prospección de los fallos de mercado revisaremos los fallos del Estado.

III.1. Aportación de la economía en la modelización de bienes públicos, preferentes y privados

“Pero, aún dejando a un lado los males que se derivan de la distribución desigual de la riqueza, hay motivos sobrados para creer que, prima facie, la satisfacción total, lejos de haber alcanzado todavía un máximo, podría ser aumentada por medio de la acción colectiva al fomentar la producción y el consumo de cosas con respecto a las cuales la ley del rendimiento creciente actúa con especial fuerza”.

Marshall, A. (1948:416)

3.1.1. Antecedentes

Se suele definir la economía como aquella disciplina que debe ocuparse de cómo alcanzar la asignación más eficiente de los recursos existentes en la sociedad, es decir, cómo producir la mayor cantidad de bienes y servicios útiles a partir de los recursos disponibles. Este es el concepto que nos encontramos en la mayoría de los manuales básicos que forman alumnos en las universidades.

Esta definición responde a la concepción neoclásica y supone la ruptura con el punto de vista clásico que consiste en la consideración de la economía como una ciencia que trata de explicar el crecimiento económico y la riqueza, convirtiendo en su problema principal la manera en que la sociedad debe alcanzar ese crecimiento.

El mercado de competencia perfecta constituye el ideal en el que obtiene solución el problema de la eficiencia que se plantea un economista. Para la concepción ortodoxa, todo lo que se aleje de las condiciones que definen un mercado perfectamente competitivo, se aleja de la eficiencia en la asignación de los recursos y, por tanto, es menos deseable.

Pero, en la realidad, no existen mercados de esas características o son muy difíciles de encontrar. Los mercados no son perfectamente competitivos porque tienen “fallos”, es decir, no cumplen con todas las condiciones ideales de la competencia perfecta. Esto presupone que en la práctica no son completamente eficientes.

Ahora bien, incluso si los mercados fuesen ideales, en el sentido de que fuesen perfectamente eficientes en la utilización de recursos y la producción de bienes y servicios, podrían generar situaciones sociales de gran desigualdad atendiendo al resultado de la distribución de la renta producida.

Para muchas sociedades esto también podría constituir una situación de injusticia, una situación indeseable no por ineficiencia, sino por inequidad.

La eficiencia es deseable, pero la equidad también, y si la sociedad percibe una distribución injusta, ocasionada por un mercado que funciona eficientemente, considerará que también es un fallo del mercado, y a través de su participación en el modelo político democrático intentará cambiar la situación mediante legislaciones que desemboquen en una situación de mayor equidad.

Esto es lo que ha sucedido en la realidad, a medida que se fueron consolidando los sistemas electorales de sufragio universal, las capas sociales de menos recursos fueron exigiendo reformas legislativas que distribuyesen la renta y la riqueza desde las élites hacia el resto de la sociedad.

Se pueden observar múltiples ejemplos en la historia donde la interferencia de los poderes públicos se ha producido para resolver situaciones consideradas injustas. En otras ocasiones, las políticas redistributivas surgieron en regímenes totalitarios para neutralizar movimientos revolucionarios inspirados y alimentados por el sufrimiento producido por la desigualdad y las condiciones de vida de algunos sectores de la sociedad.

También muchos economistas consideran que el papel de la economía no es solamente la búsqueda de la eficiencia, sino que también debe ocuparse de la distribución justa de la renta.

Este debate se ha producido en torno a dos territorios de la economía diferenciados, aunque interconectados.

El primero de ellos es sobre si se debe analizar la sociedad en un marco interdisciplinar, o deben analizarse por separado los distintos aspectos, sociológicos, políticos, económicos o filosóficos. Si se suprime toda obligación moral o social o, por el contrario, la equidad debe ser tenida en cuenta. En definitiva, si la economía ha de ser considerada como una ciencia, analizando, describiendo e intentando elaborar modelos matemáticos que describan fielmente la realidad o debe también pronunciar juicios morales.

La segunda de las cuestiones aborda si las ciencias sociales son capaces de lograr el rigor y la objetividad de las ciencias duras, y por tanto, si es posible construir modelos de análisis libres de valoraciones morales o los elementos normativos son esenciales para comprender algunos aspectos de la sociedad.

Nassau William Senior ya se pronunció contundentemente en el siglo XIX, la ciencia económica no tiene nada que ver con cuestiones morales, (Jevons 1998:68) llegó a decir que *“La economía, si ha de ser en absoluto una ciencia, deberá ser una ciencia matemática.”*

Esa exigencia de “neutralidad”, desde la pose de la validez científica, ejerce especial influencia en el pensamiento económico hasta nuestros días.

En definitiva, se trata de cuestiones exclusivamente de eficiencia. Pero incorporando cuestiones de equidad, la controversia histórica ha girado en torno a la capacidad del Estado para mejorar el funcionamiento de los mercados sin control, o si la intervención del Estado da lugar a una situación peor que la que proporcionaría el mercado libre de toda regulación. Es un debate que se extiende hasta nuestros días. La controversia obtiene una segunda derivada en lo que respecta a que intervención es la que debe tener el Estado.

Los fallos del mercado tienen que ver con la visión que se tenga desde cada sociedad, para Samuelson (1990:52 ss), las funciones económicas del Estado son tres, y están relacionadas con las deficiencias que generan los mercados por sí mismos: En primer

lugar, las intervenciones relacionadas con la *eficiencia*, que tienen como núcleo de trabajo las leyes de la producción, en segundo lugar, las que tienen que ver con la *equidad* y están más centradas en la distribución de renta y, por último, las *políticas de estabilización*, que intentan mantener los ritmos de crecimiento adecuados para minimizar los efectos sobre el empleo y la renta provocados por las recesiones económicas.

La intervención en la economía se retrotrae prácticamente al inicio de la civilización. En principio, la motivación para intervenir en la vida económica tenía que ver con un ideal de justicia, de equidad, se consideraba algún aspecto que debía regularse porque el libre funcionamiento de los agentes económicos fallaba en la satisfacción de un principio de justicia.

De esta manera, la Biblia ya recoge algunas limitaciones a la actividad económica por razones de equidad, y tienen como fundamento un código moral, en este caso religioso. Entre las limitaciones al mercado que conocemos, se encuentran la prohibición de comerciar con las tierras en año jubilar, el año sabático en que los esclavos deben ponerse en libertad, las deudas deben ser canceladas y la tierra no cultivada debe ponerse a disposición de los pobres. De igual manera se prohíben los préstamos con interés entre los israelitas.

La penalización moral de la usura, que va a ser una constante especialmente durante la Edad Media, está relacionada con un concepto negativo sobre el enriquecimiento injusto de las personas.

La antigua Grecia basaba su economía en la esclavitud y los tesoros conquistados. Las empresas eran de pequeño tamaño y siquiera existía palabra alguna que hiciese referencia a la competencia.

En cambio, si existía término semántico para referirse al monopolio, que fue practicado y también censurado. El propio Aristóteles hace referencia al monopolio como una creación de los individuos, o de los gobiernos para ganar dinero, pero no atribuye culpa moral, ni se describe ninguna ley griega que lo prohíba. Sin embargo si fueron comunes las restricciones al comercio exterior. En este caso parece identificarse más que un fallo en la eficiencia o en la equidad, la necesidad de intervenir para asegurar el desarrollo económico.

En el siglo IV, los Padres de la Iglesia se pronunciaron contra la usura por ser contraria a la ley natural, de origen divino. En realidad, los Padres de la Iglesia se inspiraban en las fuentes de la Biblia para la elaboración de muchos de sus preceptos.¹⁵

De esta manera, en el 325 el Concilio de Nicea prohibió al clero el cobro de intereses, en el 789 Carlomagno prohibió todo tipo de usura, en 1139 el segundo Concilio de Letrán prohibió la usura en todas sus formas. Santo Tomás de Aquino expone en su *Summa* la doctrina contra la usura. Es decir, se pone limitación al juego del mercado por razones morales-religiosas, de equidad, en este caso justicia divina.

En lo que respecta a la propiedad privada, hay disparidad de criterios, San Agustín responsabiliza a la propiedad privada de todos los males e injusticias, pero Santo Tomás la defiende, frente a las enseñanzas de los Padres de la Iglesia. No obstante, su defensa de la propiedad privada no supone el derecho absoluto del propietario frente al Estado como

¹⁵ El tratamiento de la usura tiene como fuente principal las palabras de Jesús en (Lucas 6:35): “Prestad sin esperanza de remuneración”.

hicieron algunos pensadores posteriores, ni por supuesto, la defensa de una distribución absolutamente igualitaria de la riqueza.

Para escolásticos y mercantilistas era clara la necesidad de intervención de los gobiernos para suavizar o evitar las discordancias que caracterizan el mercado.

El mercantilismo aparece paralelamente a la aparición de Inglaterra y del imperio británico como poder mundial. Efectivamente, las ideas mercantilistas nacen y se consolidan en un periodo de guerras constantes por el poder en Europa, en 1558 Inglaterra gana a la Armada española, durante el siglo XVII arrebató el poder a la que era la nación comercialmente más fuerte, Holanda y a principios del siglo XVIII pone freno a la expansión de la todopoderosa militarmente Francia.

El ambiente era de gran rivalidad internacional, confrontación que se extrapola al ámbito del comercio internacional. Cuando las corrientes del mar Báltico arrastraron los arenques hasta las costas de Inglaterra y Holanda, y el arenque se convirtió en el símbolo del poderío comercial, la controversia estaba servida por las incursiones repetidas de las flotas holandesas en aguas inglesas.

Pero no fue solo la competencia internacional la que alimentó las controversias mercantilistas, también la opinión generada por las grandes compañías de comercio privilegiadas, que no solo eran muy influyentes en relación al rey y los altos funcionarios, sino que también alcanzaban un alto grado de incidencia en la opinión pública mediante la publicación de folletos y otros instrumentos de propaganda.

Protestaron contra los mercaderes libres, contra la usura, contra los bancos mercantiles y financieros e incluso contra los tipos de cambio elevados. Así la usura dejó de ser un problema moral para convertirse en un problema económico.

De ahí que la idea fundamental del mercantilismo, expresada por Francis Bacon en 1616, fuese: *“Pongamos los cimientos de un comercio ventajoso, haciendo que la exportación de artículos del interior exceda en valor a la importación de artículos extranjeros; con ello, aseguraremos el incremento de las reservas del Reino, pues la balanza comercial deberá ser saldada en dinero o en metálico”* (cfr. Spiegel 1987:125). De esta manera, el interés del país venía a identificarse con los intereses de las poderosas compañías mercantiles.

3.1.2. Los economistas clásicos

Pero el auténtico desarrollo del pensamiento económico llega con los *economistas clásicos*. Para ellos, el funcionamiento de la economía es, en su mayor parte, armonioso, el mercado resuelve por sí solo, de manera más eficiente, los conflictos y discordancias.

En general, se suele datar el inicio del periodo clásico en torno a 1850, con las publicaciones económicas de David Hume y su final en la década de 1870 con la revolución marginal.

El paso de un periodo con un pensamiento hegemónico a otro diferente, no suele suceder como un corte radical en el tiempo. La evolución de las ideas, con ritmos de cambio mayores o menores, casi siempre es gradual, por eso, y a pesar de que, para numerosos autores, la publicación de *“La riqueza de las naciones”* (1776) es el hito con el que nace la economía política, existen una serie de precedentes importantes que representaban una

evolución crítica respecto al mercantilismo. Desde el pensamiento fisiócrata¹⁶, con Quesnay y Turgot al frente, hasta sus precursores más directos, Thomas Mun, William Petty y David Hume.

“*La riqueza de las naciones*” es una de las obras más relevantes de la historia de las doctrinas económicas, sin embargo no aportó un modelo analítico, tampoco un exceso de originalidad en lo que respecta a su autor, pero aportó ideas tan importantes y de tanta utilidad en política económica que siguen plenamente vivas en nuestros días.

(Landreth y Colander 2006), han esquematizado el pensamiento clásico en tres cuestiones. En primer lugar, en el concepto del funcionamiento armonioso del sistema económico, en segundo lugar por su preocupación por el crecimiento económico, en tercer lugar, la opinión de que el estado no debe intervenir, que nunca la valoración política va a dar resultados más eficientes que el funcionamiento libre de las fuerzas de mercado, por tanto, los gobiernos deben seguir una política del *laissez faire*.

Para otros autores, (Segura y Rodríguez Braun 1998) los clásicos se centraron en una agenda de problemas que habían heredado: Crecimiento, valor y precio, distribución, dinero, comercio internacional y finanzas públicas.

Sin embargo, un repaso demasiado simplista puede llevarnos a una percepción errónea de lo que realmente supuso el periodo clásico.

Los economistas clásicos son eminentemente pragmáticos y así lo demostraron en la manera en que afrontaron los principales problemas de su época. No fueron unos fanáticos del *laissez faire*, quizá esa imagen ha sido conscientemente exagerada por quienes se han servido de ella para defender sus propios puntos de vista.

Los clásicos representan una escuela nutrida, en la que los más conocidos fueron Adam Smith, David Ricardo, Thomas R. Malthus y John Stuart Mill, pero de la que formaron parte muchos nombres más como James Anderson, Jean-Baptiste Say, James Mill, Nassau William Senior, Robert Torrens, William F. Lloyd o Mountifort Longfield.

Era un grupo nutrido cuyos debates coparon el debate económico, pero no era un grupo absolutamente monolítico y muchas posiciones eran muy matizables según quien las defendiera.

En efecto, hubo posiciones liberales muy radicales, como los manchesterianos, pero en general, los economistas clásicos defendieron posiciones más moderadas e incluso claramente el intervencionismo en algunos casos.

“*La riqueza de las naciones*”, tan mencionada e idolatrada por posiciones radicales liberales, incluso hoy en día, es en gran medida una dura crítica al mercantilismo, concebido como todo un sistema normativo de la economía que responde exclusivamente a los intereses de un sector de las clases comerciales.

La intervención del gobierno era considerada un mal, pero sobre todo, burda e impresentable que solo respondía a los intereses de una élite con capacidad de influencia.

¹⁶Entre sus precursores, los fisiócratas, primera escuela de pensamiento económico como tal, defendieron la existencia de un orden natural que se regula por el individualismo y por un profundo respeto a la propiedad privada que era la medida de la libertad que goza un hombre. De hecho libertad e igualdad son incompatibles, a medida que se produce crecimiento económico aumenta la desigualdad y eso es positivo y útil socialmente.

Pero no debe llevarnos a confusión, esta crítica al mercantilismo no se traduce de manera inmediata en un rechazo a la actividad pública en general.

Todos los clásicos estuvieron en desacuerdo con el uso del poder público para favorecer a una minoría, por eso adoptaron una posición en defensa de la libre competencia y claramente en contra del monopolio.

Sin embargo, también creían necesaria la intervención del gobierno. Otra cuestión es la definición de los ámbitos en que debía actuar el estado. Entre los propios economistas clásicos no llegaron a un acuerdo, y esto supuso una debilidad en su percepción histórica.

Por otra parte, era difícil que tuviesen una posición unánime acerca de esta cuestión, eran personas que profesaban ideas políticas distintas, Lauderdale llegó a ser *torie*, Ricardo, Bentham y J.S. Mill filósofos radicales, incluso el propio J.S. Mill llegó a coquetear con algunos socialistas utópicos claramente influido por la que fue su esposa Harriet Taylor.

Todos concibieron la necesidad de realizar reformas en el estado que eliminasen la corrupción y el sometimiento de los intereses de la mayoría a los de la minoría influyente.

Objeto de reflexión también de todos ellos, era la situación de los obreros y las clases más desposeídas. La consolidación de la revolución industrial iba reflejando una nueva clase de obreros industriales en áreas urbanas que evidenciaba una clara disminución en su calidad de vida.

Otra cuestión diferente es la forma en la que se abordaron estas cuestiones. Un ejemplo lo refleja su distinta posición sobre las leyes de pobres¹⁷, frente a las que tuvieron cierto rechazo bajo el argumento de que subsidiar a personas sanas reduce el incentivo para trabajar, debilitando la eficiencia y la productividad de los trabajadores.

Smith y los economistas clásicos que le precedieron observaron el rápido crecimiento de las ciudades, y los problemas sanitarios que esto conllevó en multitud de casos, plantearon la necesidad de una reglamentación de la salud pública y la lucha contra la adulteración de alimentos. La obligación de legislar en materia de salud pública la atribuyeron al Estado, e incluso alguno fue más allá, como Senior que llegó a proponer la posibilidad de provisión pública de asistencia sanitaria (O'Brien 1989).

El contexto histórico de los clásicos era la Ilustración, la influencia de Newton era palpable, no solo en el ámbito científico, también en el moral y en el social. Newton había encontrado la ley de la gravitación universal que unificaba el mundo físico, los filósofos intentan integrar el mundo moral y social con principios unificadores, y Smith creía encontrar la armonía en el mundo económico, esa es la interpretación correcta de la mano invisible del mercado.

¹⁷ Hubo tres grupos según su posición ante las leyes de pobres, el primero encabezado por Malthus y Ricardo que defendía la abolición, el segundo liderado por N.W.Senior, redactor de la ley de 1834, partidario de limitar las ayudas a los pobres en los hospicios y el tercer grupo, encabezado por McCulloch, que defendía mantener la antigua legislación.

Smith aporta una nueva visión: el egoísmo humano contribuye al bien común, la búsqueda de la satisfacción de los intereses particulares tiene consecuencias, si bien no intencionadas, beneficiosas para el conjunto de la sociedad.¹⁸

Para Shaftesbury “trabajar por el bien general, es algo que está conforme con los intereses privados y que es bueno para todos” (Shaftesbury 1997:108).

Pero esta idea del bien común a partir de los intereses particulares tiene raíces anteriores, quizá de carácter religioso, atribuyendo a un plan celestial más allá de la voluntad de los individuos, así en el siglo IV, Juan Crisóstomo propugnaba que no hay nadie que con su trabajo al tiempo que gana su subsistencia no satisfaga parte de las necesidades de los demás.

Tommaso Campanella (1623) en “La ciudad del sol”, asegura que los españoles conquistaron América con el objetivo de obtener tesoros, pero empujados por la providencia divina. El jesuita Pierre Nicole habla del “egoísmo iluminado”, cuya actuación produce beneficios.

Para muchos la referencia a la mano invisible tiene una referencia de carácter místico o religioso, incluso es heredero del pensamiento de la tradición de la filosofía moral británica en la que el hombre no es más que un instrumento de Dios, que persigue unos fines que se escapan a sus intenciones inmediatas, pero Smith asigna una función legítima a la búsqueda del interés privado (Spiegel 1996). Para otros, como Galbraith, la apelación a la mano invisible es la metáfora más famosa de la economía y no busca apoyo sobrenatural alguno.

En definitiva, proclaman el sistema de precios asignado por el mercado como el mecanismo más eficiente para la asignación de los bienes y los recursos en la sociedad. El incentivo fundamental del crecimiento económico es el interés particular de los individuos. El egoísmo de los seres humanos se convertía en la mejor contribución al bien común.

Esta aportación conceptual se ha convertido en el campo de discusión más transitado del último siglo y medio. El debate se ha centrado en cual debe ser el límite de la intromisión del Estado en la economía, y por ende, en la sociedad, si el orden económico arroja un funcionamiento armónico y eficiente, por sí mismo.

Las posiciones no eran exactamente las mismas entre unos y otros, así Thomas Robert Malthus¹⁹ se preocupó de algunos aspectos macroeconómicos que, por otra parte, no era la preocupación fundamental de su época. Llegó a defender que existe una mayor ventaja en el gasto público en lo que se refiere al aumento de la demanda de trabajo y de mercancías, que una bajada de impuestos. Es una apuesta embrionaria por la política fiscal y, por tanto, de cierta forma de intervencionismo como política estabilizadora.

¹⁸El asunto de los intereses privados y el bien común, tenía algunos precedentes. Smith rechazó las ideas de Bernard Mandeville por las conclusiones a las que llegaba. Ambos compartían una visión del ser humano como un ser egoísta que buscaba básicamente su propia satisfacción. Pero para Mandeville, las consecuencias sociales y económicas del egoísmo humano eran negativas y requieren la intervención del Estado.

¹⁹Thomas R. Malthus fue heterodoxo en algunas cuestiones como en su defensa del papel de las rentas de los terratenientes, motivo de controversia con Ricardo, como en las Leyes del Cereal.

Otro ejemplo de defensa de la participación del estado entre los clásicos, lo aporta Jeremy Bentham cuando establece los objetivos de un sistema político: La subsistencia, la seguridad, la abundancia y la igualdad (cfr. Spiegel 1987:404).

En este caso, parece apuntar fallos en el sistema económico también en el ámbito de la equidad, y aunque entiende la legislación como “un mal necesario”, la incorporación de la igualdad, en cuarto y último lugar de prelación, establece un nuevo elemento que será recogido por John Stuart Mill.

Bentham incorpora al pensamiento algunos conceptos importantes como el de la utilidad marginal decreciente²⁰, concepto clave para justificar la distribución de la renta. También llegó a sugerir que el gobierno se hiciera cargo de los seguros de vida, algunos ven en ello el germen de los seguros sociales, o fijar un precio máximo para el grano de cereal, todo ello a pesar de su defensa del mercado.

Pero quizá el pensamiento de todos ellos lo expresa de manera concisa James Mill, cuando dice que “*el sistema de libre empresa tiene sus penalidades, pero estas son el precio que pagamos por el progreso y por el bien en general*” (cfr. Galbraith 2009:133).

Una excepción la representa Jean Charles Léonard Sismonde, más conocido como Sismondi, con él surge una de las primeras críticas al capitalismo inicial de Inglaterra.

Se dio cuenta de que gran parte de los cambios sociales tienen sentido histórico. Su pensamiento económico se anticipa en prácticamente un siglo a lo que sería el moderno estado de bienestar. Aboga por una legislación más justa que incluya protección para los trabajadores en caso de enfermedad, desempleo o para la vejez y que sea parte del coste del empresario, no de la sociedad en su conjunto. En definitiva, defiende la redistribución de renta.

(Sismondi 1834) se separa del *laissez faire* por muchas cuestiones, pero sobre todo por la defensa del control del mercado por los poderes públicos, así en el prefacio de “*Nuevos principios de economía política*” invoca “*la intervención del gobierno, en lugar de reducir la economía política a la más sencilla y llamativa máxima liberal del laissez faire*” (cfr Spiegel 1987:361).

El periodo clásico propiamente dicho termina con la obra de J. Stuart Mill, pero su propio pensamiento realiza una revisión de algunos conceptos de sus antecesores clásicos, incluso algunos autores afirman que supone el inicio del estudio de los fallos del mercado que serán planteados en profundidad con la economía del bienestar.

En el pasaje más citado de toda su obra afirma: “*De modo que si hay que elegir entre el comunismo, con todos sus azares, y el estado actual de la sociedad, con todos sus padecimientos e injusticias; si la institución de la propiedad privada entrañara necesariamente que los productos del trabajo han de repartirse como vemos que se hace hoy en día, casi en proporción inversa a la cantidad de trabajo- la mayor parte para quienes nunca han trabajado, la parte que le sigue en magnitud para aquellos cuyo trabajo es casi nominal, y así sucesivamente en una escala descendente, disminuyendo la remuneración a medida que el trabajo es más duro y más desagradable, hasta que el*

²⁰ “Si se da a un individuo una cierta cantidad de dinero, se produce en su mente una cierta cantidad de placer. Si se le da de nuevo la misma cantidad, aumentará la cantidad de su placer. Sin embargo, la magnitud del placer producido por la segunda suma no será al final el doble de la magnitud del placer producido por la primera. Mientras las sumas sean pequeñas, la verdad de esta afirmación no podrá ser percibida, pero si dejamos que las sumas se eleven a cierta magnitud, este hecho estará fuera de toda duda”.

trabajo corporal más fatigoso y agotador no puede contar con la seguridad de poder ganar ni aun las cosas más necesarias para la vida-; si esto o el comunismo fuera la alternativa, todas las dificultades, grandes o pequeñas, del comunismo, no serían más que polvo en la balanza”.(Mill 2008:277)

Pero este fragmento no debe llevarnos a error. Mill no era un revolucionario, ni un comunista, ni un socialista. Creía que el sistema clásico era injusto, pero que mejoraría, su conclusión final es que se alcanzaría un equilibrio en el que todos vivirían con cierto nivel de bienestar.

La obra de J. S. Mill deja de ser hegemónica entre los economistas durante el último tercio del siglo XIX, dando lugar a la revolución marginalista en torno a 1870 en la que se impone la aportación de las matemáticas en la construcción teórica de la economía.

3.1.3. Escuela neoclásica, Keynesianismo y la llegada del Welfare State

Con posterioridad, el pensamiento neoclásico, cuyo máximo exponente es Alfred Marshall, realiza una síntesis de la aportación del análisis marginal de teóricos con W.S. Jevons, C. Menger o L. Walras y los postulados clásicos, perfeccionando el modelo.

La incorporación del concepto de marginalidad resuelve el problema de la determinación de los salarios, si la mano de obra crece desorbitadamente, los salarios tienden a caer hasta el nivel de subsistencia, pero si la mano de obra es escasa, la tendencia será situarse por encima del nivel de subsistencia. De igual manera se explicaba el interés del capital, y se determinaba que cuando el rendimiento de capital fuese mayor atraería la inversión de capitales hasta igualar el rendimiento del capital a los incentivos de la inversión. Cerraban de esta manera la determinación de salario, precios y beneficios, diferenciando además estos últimos.

En definitiva, perfeccionaban el pensamiento clásico del *laissez faire*.

Para los neoclásicos también el funcionamiento del mercado era prácticamente perfecto, sólo detectaron un fallo, el monopolio. Por esta razón, los sindicatos fueron objeto de cierto reparo, eran considerados monopolios que premiaban a los empleados frente a los desempleados e impedían que el mercado alcance salarios de equilibrio.

Sin embargo, los cataclismos económicos del siglo XX requerían de un nuevo impulso con el que salvar el capitalismo liberal. En ese contexto emerge Keynes, recibió el impulso de Marshall en Cambridge, más amigo de las controversias que sus precursores que puso en duda los sistemas de pensamiento convencional para reemplazarlos por otros.

Su objetivo no era enterrar el capitalismo, como Marx, sino salvarlo enmendándolo. Establece unas nuevas coordenadas en el ámbito de la economía, disciplina que entiende como un instrumento para hacer frente a las crisis económicas tan importantes como la de 1929, enterró la ley de Say ²¹y defendió el intervencionismo del Estado para lograr los objetivos de crecimiento.

²¹ La ley de Say era, básicamente, la respuesta de la economía clásica al argumento de la insuficiencia de demanda agregada utilizado por Sismondi y Malthus para explicar la posibilidad de que una situación de sobreproducción generalizada y desempleo de recursos productivos se extendiera indefinidamente en el tiempo. Se formula bajo la conocida fórmula de que la oferta crea su propia demanda.

Tuvo sus lugares de confrontación, con muchos economistas ortodoxos, que terminaron abrazando las ideas de Keynes. Alguna controversia fue duradera en el tiempo, como la que protagonizó con Friedrich A. Hayek, representante de la escuela austriaca, discípulo de Ludwig Von Mises, enemigos de prácticamente cualquier intervención del Estado en la economía.

Pero lo que necesitaban los gobiernos eran teorías económicas que aportasen algún instrumento para actuar contra el paro y la recesión. Keynes aportó munición.

Su pensamiento se hizo hegemónico en poco tiempo, eso tuvo que ver con su carisma personal y su fuerte personalidad intelectual, pero sobre todo porque no necesitaba conocer todos los extremos del funcionamiento del orden económico para proponer actuaciones gubernamentales.

En la trinchera académica de enfrente se encontró a Hayek, que fue reclutado por la London School of Economics con el cometido de frenar la propagación de las ideas keynesianas. Pero la guerra fue desequilibrada, Hayek defendía que el mercado por si solo alcanzaría el equilibrio en el largo plazo y el largo plazo es demasiado tiempo para un gobierno que se enfrenta a una situación social de paro y crisis económica.

En realidad, la aportación marginalista, la neoclásica e incluso aportaciones del siglo XX como las de Pigou o Keynes, son revisiones tendentes a perfeccionar el modelo clásico, y por tanto a renovar su validez.

Pero hubo otras corrientes de pensamiento, minoritarias, como la vieja escuela histórica alemana de la primera mitad del siglo XIX, capitaneada por Friedrich List, Wilhem Roscher, Bruno Hildebrand y Karl Knies. Ejercen una crítica metodológica sobre el pensamiento clásico²² y sostienen como necesaria la intervención del estado (Spiegel 1987:482 ss).

Por su parte la nueva escuela histórica alemana, segunda generación de la anterior, tuvo como líder a Gustav Von Schmoller y estuvo muy interesada en la reforma social a través de la intervención del Estado, hasta el punto que se llegó a denominar a sus miembros socialistas de salón.

Es precisamente en la Alemania de Otto Van Bismarck (1815-1898) donde algunos autores sitúan el nacimiento del Estado de Bienestar. Para Repullo (2013), es la evolución de las Krankenkasse las que marcan el camino de la generalización del seguro sanitario.

Tienen su origen en la edad media, como entidades de mutualidad con cobertura para los riesgos de accidente y muerte. Con la industrialización del siglo XIX se extiende el modelo a los trabajadores de manufacturas.

Bismarck, en un intento de calmar el espíritu de revueltas, emprende reformas sociales. El Reichstag publica la Ley del Seguro Nacional de Salud en 1883. En él se establece la obligatoriedad de afiliación de todos los trabajadores asalariados. La financiación es compartida entre trabajadores (2/3) y empresario (1/3) y, por tanto, pasan a ser entidades gestionadas por empresarios y trabajadores.

Esta medida de cofinanciación y gestión compartida, para evitar que los fondos del seguro mutuo fuesen utilizados por los trabajadores a modo de “caja de resistencia” en los

²² Se oponen a los modelos teóricos ricardianos, defienden la sistematización de los datos históricos, en este sentido desautorizan el método deductivo.

conflictos laborales, demuestra la motivación que empujaba al Estado a realizar la reforma social.

El pensamiento económico alemán no había estado influido en exceso por la economía clásica británica, de ahí que las limitaciones a la participación del estado en la economía no había sido la preocupación fundamental de los economistas alemanes y no existía una actitud vigilante acerca de las intromisiones del gobierno.

El modelo alemán, que se consolida como un éxito, se exporta a diez países europeos, e incluso inspira reformas legislativas en EEUU.

En efecto, veinticinco años después fue el ministro de hacienda de Gran Bretaña, Lloyd George, quien promovió un buen paquete de medidas legislativas en materia social y de protección, que tuvo como consecuencia la implantación de seguros oficiales de enfermedad, invalidez y desempleo.

Se desarrolló la reforma con importantes tensiones, la nueva cobertura pública de estas contingencias se tradujo en una necesidad de ingresos para las arcas públicas con la consiguiente subida de impuestos. Esto provocó serios conflictos e incluso una crisis constitucional en la cámara de los lores que se negaban a sancionar las subidas de impuestos.

Lo cierto es que Lloyd George se impuso en los procesos electorales de 1910 y 1911 y significó el desbloqueo en la práctica de todos los obstáculos.

Pero el soporte académico llega de la mano de Arthur C. Pigou en 1920, el sucesor de Alfred Marshall en la cátedra de Cambridge con su publicación "*The economics of Welfare*".

Con anterioridad, Pigou se caracterizaba por la ortodoxia, había defendido que el pleno empleo se conseguiría en condiciones de competencia perfecta y su doctrina partía de la economía clásica, en concreto de la síntesis neoclásica.

Sin embargo, Pigou (1938) incorpora una idea que va a transformar la posición económica mayoritaria. Defendió que, si la producción total en la economía no variaba, la suma de la satisfacción total aumentaba si se transferían recursos desde los más ricos a los más pobres.

Es decir, el incremento de dinero en alguien que tiene muy poco aporta más satisfacción que en una persona que posee mucho. Esto significó echar al traste los postulados de la teoría tradicional que había defendido que la utilidad marginal del dinero era constante y que además negaba la posibilidad de realidad comparaciones interpersonales.

La consecuencia de la aportación de Pigou, es que donde antes estaba proscrita la redistribución de renta o de riqueza desde los más pudientes hacia las personas más humildes, ahora tenía consecuencias de mejora de la satisfacción total de la sociedad. El individuo pobre disfruta más que los ricos de los incrementos de renta.

Esta aportación para la defensa de las medidas de bienestar que conllevaban redistribución de renta era clave para el desarrollo de la futura economía del bienestar.

Un segundo pilar de la economía ortodoxa es demolido, hasta Keynes la escuela de la Hacienda Pública y la economía tradicional habían condenado el déficit presupuestario como un enemigo del progreso y del crecimiento. Sin embargo, para los keynesianos el déficit podía ser un instrumento para favorecer el crecimiento, solo requería compensarlo con superávits los años de prosperidad.

Más allá del debate sobre los límites del déficit, Keynes abre una nueva dimensión de manera explícita: la justificación doctrinal del estado intervencionista.

Sin embargo, son las ideas de un heterodoxo, John A. Hobson, la fuente intelectual del estado de bienestar inglés actual. Sus ideas fueron asumidas por el partido laborista después de la II guerra mundial. De esta manera, como apunta Repullo (2013), se produce el archiconocido informe Beveridge de 1942, que representa la construcción doctrinal de Sir William Beveridge. A principios de siglo había colaborado con el matrimonio Webb en la comisión de estudio para la reforma de la asistencia pública.

Ya elegido parlamentario por el partido liberal, se le encomienda la elaboración del informe "*Social Insurance and Allied Services*", que fue presentado el 20 de noviembre.

En realidad, se trata de una concepción de organización de la sociedad y toda una estrategia para acabar con cinco grandes males de la sociedad: la enfermedad, la vagancia, la inmundicia, la ignorancia y la necesidad. Entre sus propuestas figuran la creación de un sistema nacional de salud, prestaciones familiares, políticas para el pleno empleo y subsidios sociales para la cobertura de contingencias. En definitiva, un sistema de protección social de los avatares que puede sufrir una persona desde la cuna hasta la tumba.

En él se recomienda un seguro que cubra el riesgo de salud de toda la población. La cristalización de esta idea tiene lugar con la *National Health Service Act* de 1946. Con esta ley se crea otro modelo, el Servicio Nacional de Salud, en el que la cobertura es universal y la financiación del sistema se realiza a través de impuestos generales.

El Informe incluía el seguro contra el desempleo y de pensiones para la vejez. El seguro de enfermedad, ya introducido por George Lloyd venía a completar el cuadro de aseguramiento contra cualquier contingencia. Pero Beveridge era un liberal, conceptualmente el sistema significaba una cobertura básica, de mínimos esenciales vitales compatible con el desarrollo de seguro voluntarios suplementarios suscritos por las personas en función de su aversión al riesgo.

Su concepto de los Seguros Sociales es rompedor con el pensamiento hegemónico europeo y en EEUU durante los años treinta. Incorpora el concepto seguridad de ingresos y considera riesgo social a todo lo que amenace la renta de los individuos porque les impida trabajar.

Frente a seguros dispersos de cobertura parcial a contingencias parciales, Beveridge propone un sistema generalizado, global y coherente, que cubra a toda la población con independencia de su status. Defiende un modelo interprofesional, no solo para trabajadores por cuenta ajena o autónomos, unificado, es decir, se trata de un sistema de compensación nacional de riesgos simple, en el que el acreedor de una sola cotización que dé cobertura a todos los riesgos, uniforme, de iguales prestaciones para todos los ciudadanos independientemente de su nivel de ingresos y centralizado a través de la creación de un servicio público único.

El Informe supuso la construcción del sistema británico, la constitución del Estado providencia. También se transforma el concepto de Seguridad Social dando paso al concepto moderno, como todas las medidas dirigidas a proteger la seguridad económica de los individuos.

Landreth y Colander (2010:349) señalan que Hobson²³, pensaba que existían tres grandes fallos en el funcionamiento de la economía: En primer lugar, el problema de la generación de empleo es la existencia de subconsumo, o un exceso de ahorro permanente. En segundo lugar, en la distribución de la renta, las capas con mayor poder de negociación gozan de una situación de privilegio, en tercer y último lugar, el sistema de precios tiende al beneficio monetario. La solución que propone es el cálculo de los costes humanos, diferentes de los costes expresados en los precios y de la utilidad humana. Profundizó en lo que la teoría moderna denomina externalidades, tanto en el lado de la demanda como en el de la oferta.

En Francia el modelo es diferente, en 1900 existían en torno a 13.000 sociedades de seguros mutuos, en 1930 ve la luz la Ley de Seguros Sociales, que llega a cubrir nueve años después a 2/3 de la población francesa.

Pero tras la II Guerra Mundial, desaparecen todas las mutualidades, quedando algunas como entidades complementarias en el aseguramiento y se origina la Seguridad Social francesa "*l'Assurance Maladie*", que se consolida como el paradigma de seguro social sanitario unitario.

La universalización de los Seguros Sociales en Europa estuvo marcada por la separación entre Derecho del Trabajo y Derecho de la Seguridad Social. En este sentido hay una obra relevante "*La politique contemporaine de sécurité sociale*", de P. Durand, escrita en 1953, en ella defiende la total independencia de los dos Derechos.

En Bélgica, aun antes de finalizar la II Guerra Mundial, hizo una revisión sustantiva de los programas de seguridad social en diciembre de 1944.

Otros países que introdujeron cambios significativos en sus ordenamientos en lo referido a Seguridad Social después de la gran guerra fueron Irlanda, Italia, Noruega, Suecia y Yugoslavia.

El caso español, también tiene un contexto histórico de régimen totalitario, inspirado el régimen dictatorial en el modelo bismarckiano implanta en 1942 la Ley del Seguro de Enfermedad, como seguro obligatorio para los trabajadores con menos ingresos económicos. El modelo es nacional y de carácter unitario.

En el proceso de creación del estado de bienestar de EEUU son clave los llamados institucionalistas.

Entre ellos se suele situar a Thorstein Veblen, cuya crítica es, en realidad, una enmienda a la totalidad de los postulados de la economía clásica, tanto en lo que se refiere a la metodología como a los principios en los que se sustenta.

Donde los economistas ortodoxos veían mercados competitivos que asignaban recursos de manera eficiente, en funcionamiento armónico, Veblen solo percibía discordia y unos empresarios que en la búsqueda de su beneficio particular, lejos de contribuir al bien común, saboteaban el sistema y producían depresiones. Pero Veblen es más interesante desde el estudio de la historia del pensamiento económico que desde su aportación efectiva a la construcción de un nuevo modelo social (Landreth y Colander 2010:33).

²³ Hobson (1858-1940) contribuyó notablemente a la formación del cuerpo académico que nutrió el Estado de Bienestar inglés

Pero hablar de estado de bienestar en EEUU es hablar de un concepto diferente al europeo, de hecho, el desarrollo de los acontecimientos fue muy diferente. En un primer momento, con Roosevelt, se desarrolla el debate legislativo del modelo de seguro social alemán en doce estados, pero se encuentra con la oposición del importante lobby de los seguros de vida y de algunos grupos médicos. Finalmente la I Guerra Mundial conduce al fracaso de la iniciativa en 1917.

Hay un economista clave en el germen y desarrollo de las medidas de carácter social que se produce con posterioridad, John Commons. Fue responsable del plan de Wisconsin que a su vez inspiró la legislación federal tres años después, en 1935, y que establecía un plan estatal de subsidio para el desempleo. Creía que los elementos esenciales del capitalismo deberían mantenerse intactos, pero que era necesario cambiar las reglas de funcionamiento para eliminar fallos evidentes del *laissez faire*.

Por su parte, el proyecto federal fue redactado por Thomas H. Eliot en 1935. Roosevelt impulsó la *Social Security Act* en donde se utiliza por primera vez el término *Seguridad Social*²⁴. Se trataba de una serie de subsidios y prestaciones para los ancianos necesitados y para los hijos de familias con pocos recursos económicos.

Pero esto era solo el inicio. Más tarde llegaría el seguro de salud para algunos colectivos, la asistencia a familias humildes, la política de vivienda para familias con hijos a su cargo y baja renta, formación profesional y otras prestaciones.

Los economistas ortodoxos en principio no realizaron una crítica excesivamente dura, la razón era evidente, la situación de desempleo y desamparo de muchas personas era una realidad y era difícil sostener una posición pública de negativa a intentar paliar los problemas.

Sin embargo, a medida que la amenaza de revolución obrera iba disminuyendo y el socialismo real se mostraba altamente ineficaz, se fue configurando un auténtico bloque frente a las medidas sociales de redistribución de renta.

El desarrollo divergente de EEUU en el sentido de que no hay un objetivo universalista, tiene como origen varias circunstancias para Mckee y Stuckler, algunas económicas, una élite empresarial industrial con mucho poder para establecer el discurso político más apropiado a sus intereses, otras de carácter sociológico y racial “...los europeos sabían que podían irse a la cama ricos y despertarse pobres, pero un estadounidense rico (que además era blanco), podía estar seguro de que nunca se convertiría en negro...”. (cfr. Repullo 2012:13).

III.2. Bienes públicos

El concepto de bienes públicos no solo es clave en la elaboración de una teoría económica de la prestación de servicios por parte del Estado, sino que se ha convertido en uno de los campos más importantes de investigación económica.

²⁴ A continuación se utiliza la expresión Seguridad Social en la Social Security Act de Nueva Zelanda en 1938, en su proclamación como Derecho Humano Fundamental por los gobiernos aliados en la carta atlántica en 1941, por Naciones Unidas en 1945, Consejo de Europa e 1949 y por la OIT en 1952.

La economía neoclásica, encarnada por A. Marshall, había elaborado una esmerada teoría que explicaba la oferta y la demanda de los bienes privados, pero no establecieron un marco teórico que diese una explicación equivalente a los bienes públicos. Es por ello, que la hacienda pública marshalliana se limitase a observar el comportamiento de individuos y empresas ante la imposición.

Sin embargo, los neoclásicos si fueron capaces de acotar, al menos negativamente, el papel del Estado, que quedaba definido solamente ante los fallos del mercado de bienes privados. Estos fallos eran referidos a divergencias entre costes sociales y privados, entre beneficios sociales y privados, fallos en la eficiencia y existencia de costes decrecientes.

El inicio histórico del desarrollo de una teoría de los Bienes Públicos se puede situar en Wicksell, en 1896 con su contribución “un nuevo principio de tributación justa” y continuado por Lindahl en el primer tercio del siglo XX.

Los marginalistas continentales parten del carácter individualista de las necesidades públicas, es decir, los bienes públicos al igual que los privados tienen como objetivo la satisfacción de las necesidades individuales.

Por tanto, si los bienes privados se ordenan por la utilidad marginal que proporcionan a un individuo, de la misma manera, los bienes públicos deberían seleccionarse y ordenarse por la valoración marginal para los individuos.

Ese paralelismo respecto a los bienes privados requiere también un sucedáneo del concepto precio. Los marginalistas acuden al concepto precio-impuesto, de manera que un servicio prestado por el Estado, sujeto al pago de un impuesto, debe cumplir la condición básica de que la utilidad que proporciona el servicio se iguale a la pérdida de utilidad que supone el pago del impuesto, realizada mediante un intercambio voluntario.

Pero la producción de bienes privados y la de bienes públicos no es idéntica ni mucho menos y, sobre todo, ambos bienes difieren en una característica esencial: la indivisibilidad de los bienes públicos.

Pero es (Paul A. Samuelson 1954) quien protagoniza el redescubrimiento e integración de los bienes públicos en el núcleo analítico de la moderna economía del bienestar con tres artículos a mediados de los años cincuenta.

Podemos distinguir cuatro grandes cuestiones referidas a los bienes públicos:

En primer lugar, todo el capítulo referido a los problemas de definición de las características de los bienes públicos. Se incluyen aquí los problemas de tipología y clases de bienes públicos.

En segundo lugar, bajo qué condiciones debe realizarse la provisión de bienes públicos en situación de optimalidad.

Como tercer bloque, es el mercado el instrumento adecuado para proveer y producir bienes públicos o deben ser los poderes públicos.

En cuarto y último lugar, la provisión de bienes públicos plantea problemas de optimalidad en su producción y en su distribución, la cuestión que se plantea es si para resolver esta cuestión, se debe realizar un proceso de elección política.

3.2.1. Concepto de bienes públicos y clasificación de bienes económicos

*"There is only one difference between a bad economist and a good one: the bad economist confines himself to the visible effect; the good economist takes into account both the effect that can be seen and those effects that must be foreseen."
Frederic Bastiat*

En lo que respecta al primero de los grandes bloques, lo primero que corresponde es precisar el significado del término.

En la literatura hacendística, el concepto de bien público ha ido estrechamente ligado al de necesidad social.

Cuando en el ámbito de la economía abordamos qué necesidades humanas deben ser satisfechas, tratamos de la consecución de un fin.

A continuación valoramos qué medios son necesarios para alcanzarlos, esto es, qué cantidad de recursos escasos son necesarios para lograr el objetivo.

Finalmente, cómo deben organizarse esos recursos, es precisamente aquí donde surge la tensión entre la eficiencia y la equidad.

Por tanto, todo se resume a hallar la mejor manera de satisfacer las necesidades de las personas. Pero cuando hablamos de necesidades, ¿a qué nos referimos exactamente?

Alain Barrere afirma que *"las necesidades públicas son necesidades colectivas, cuya satisfacción se justifica por su utilidad colectiva resultante de una estimación hecha por el Estado en nombre del grupo que, presumiendo de ella es apreciada por todos, la pone a cargo de la colectividad"*(cfr. Buchanan et al. 1979:78), es decir, la razón de su satisfacción es la utilidad colectiva a que dan lugar, siendo el Estado en nombre del grupo el que pone a cargo de la sociedad los servicios para su satisfacción.

Luigi Einaudi resalta la característica principal de los bienes públicos como la de *"consolidación o amortización de las necesidades públicas que los bienes públicos satisfacen"* (cfr. Fuentes Quintana 1978:108).

Musgrave (1969:8) afirma que *"las necesidades sociales son sentidas y ordenadas por los individuos deben satisfacerse por bienes o servicios que han de ser consumidos por todos los sujetos del grupo político en cantidades iguales, de tal suerte que no pueden excluirse de su satisfacción las personas que no paguen la percepción de utilidades derivadas de tales bienes."* Añade Musgrave (1969:10) que: *"La dificultad surge porque el mecanismo del mercado fracasa como instrumento para registrar las preferencias el consumidor"*.

Nos detenemos brevemente en la obra de R. A. Musgrave y P. B. Musgrave, por su enorme influencia en el desarrollo del pensamiento financiero norteamericano.

Para ellos, no hay distinción entre necesidades individuales y colectivas, es decir, las que se satisfacen mediante el consumo individual y las que no. Proponen utilizar el término necesidades como *preferencias* en su sentido más general. Su razonamiento alcanza la afirmación de que las necesidades sociales, al igual que las privadas, forman parte de las preferencias individuales, es decir, no hay necesidades que se experimenten colectivamente, sino que todas son experimentadas individualmente.

Esta es una de las características del utilitarismo individual, que tanta influencia tiene en el pensamiento económico. Otra cuestión de difícil solución, es concretar cuál es la expresión real de esas preferencias individuales.

Algunos autores han criticado que al utilizar el término necesidades en este sentido, introducen una confusión entre dos conceptos bien diferenciados: Las necesidades y los bienes que satisfacen esas necesidades, o lo que es lo mismo, entre los fines y los medios para alcanzar los fines.²⁵

La crítica se fundamenta en que esta confusión lleva a algunas contradicciones, como, por ejemplo, que los Musgrave señalan por una parte, que no debe haber distinción entre las necesidades, puesto que todas dependen de la elección individual, pero por otra parte, señalan en distintas ocasiones, que los bienes públicos responden a un tipo de preferencias que denomina necesidades públicas. Por tanto distinguen, en ocasiones entre necesidades privadas y públicas.²⁶

Otro bloque de contradicciones proviene del hecho de que para los Musgrave, las necesidades colectivas de una comunidad son generadas por ella y pertenecen al bienestar del conjunto, el concepto de necesidad se aproxima así al de bien preferente. Vuelven a igualar necesidades con bienes.

Llegan a realizar una clasificación de las necesidades sociales en la que distinguen tres categorías:

Necesidades colectivas impuestas por un dictador o por una élite ilustrada. Pongamos dos ejemplos: en primer lugar, gran parte de los servicios públicos prestados en los antiguos países de socialismo real; un segundo ejemplo lo constituirían los casos en que el consumidor puede acabar aceptando los bienes provistos por el Estado, destinados a dar cobertura a distintas necesidades colectivas, a partir de las estrategias de difusión en medios de comunicación de masas.²⁷

En segundo término, *necesidades colectivas derivadas de problemas comunes* y en las que la motivación de cada individuo es su propio bienestar, se satisfacen con bienes públicos. Como ejemplo, citaríamos bienes públicos como la defensa o la protección ambiental.

En tercer lugar, *necesidades colectivas derivadas de una situación* en la que un individuo atribuye valor al bienestar de los demás como al suyo propio. Esta concepción tiene un claro componente de redistribución de recursos y se satisfacen con bienes comunes.

²⁵Es algo recurrente en la literatura hacendística, porque aunque la utilización habitual del término bien público en el ámbito académico se hace en el sentido de bien social, en buena parte de la literatura, sobre todo hacendística, se parte del término "necesidades públicas" para referirse a los bienes públicos.

²⁶Añaden un tercer grupo, necesidades mixtas, situadas entre medias de las necesidades privadas y las públicas y que quedan determinadas por el grado de elección del consumidor, el grado en que se aplica la exclusión en su consumo y las externalidades que generan. Según se aprecien estas tres características estaremos más cerca de un tipo de necesidades o de otras.(Sáenz de Buruaga(1979)

²⁷En ocasiones, en el seno de un estado plenamente democrático, véase el cambio de opinión social acerca del consumo de alcohol o de tabaco a partir de diversas campañas de difusión o de sensibilización, medida que no corresponde a la coacción de un gobierno despótico o no democrático.

En definitiva, donde parece que hay cierto consenso es en que las necesidades sociales, colectivas o públicas, son un fallo del mercado caracterizado porque diverge el beneficio social con el beneficio privado, es decir, se producen externalidades.

Estas necesidades se satisfacen con servicios que impiden la exclusión de quienes no estén dispuestos a pagar por ello y además, se caracterizan porque el consumo es idéntico para todos. Estas dos características implican que su disfrute no está sujeto a un precio exigible. y por tanto, impiden que puedan prestarse por el mercado.

Si hemos precisado anteriormente la distinción entre necesidades sociales y bienes públicos, nos detendremos ahora en otra distinción importante por la confusión que se genera en algunas ocasiones: los bienes públicos no coinciden exactamente con la producción de bienes que haga el sector público.

En el imaginario de muchas personas se relaciona directamente el concepto de bien público con cualquier bien o servicio prestado por el Estado o por cualquier poder público. Sin duda son conceptos diferentes, no todos los bienes y servicios que presta el Estado son públicos, muchos economistas, como Stiglitz, consideran la educación o la sanidad como bienes privados, “*en el sentido de que no cumplen con las dos características de los bienes públicos puros (no exclusión y no rival)*”. Por otra parte, algunos servicios y bienes públicos son prestados por privados, por ejemplo una cadena de televisión privada con licencia para emitir en abierto.

En resumen, la primera característica es la imposibilidad de exclusión en el consumo.

La segunda característica de los bienes públicos, es la existencia de economías externas, es decir, donde la cantidad producida, por defecto o por exceso, es diferente a la cantidad socialmente óptima.

Es de enorme importancia el concepto de externalidades (o economías externas). Así, por ejemplo, para (Buchanan et al. 1982), un bien público también se puede definir porque es aquel que origina economías externas de consumo, es decir, la actividad económica de una persona genera efectos que redundan en beneficio de terceros que no pagan precio alguno por ello, o pérdidas que no son internalizadas en sus costes de producción.

Los archiconocidos artículos de 1954 y 1955 “*The pure theory of public expenditure*” y “*A theory of public expenditure*” de Samuelson, supusieron un cambio radical en la teoría del gasto público.

Con anterioridad se había contenido el problema de los bienes públicos dentro de las teorías de la imposición. Ya hemos indicado que los primeros trabajos que empiezan a desarrollar una teoría de los bienes públicos son de Sax, Wicksell y Lindahl (Samuelson 1954), pero Musgrave es quien difunde su obra en EEUU y Bowen. Es precisamente consecuencia de esa difusión el hecho de que Samuelson conozca la obra de los europeos y elabore una nueva teoría del gasto público centrada en la existencia de bienes públicos.

Samuelson define los *bienes públicos puros* en un sencillo modelo matemático como “*bienes que todos los sujetos disfrutan en común, en el sentido de que cada consumo de un individuo de tales bienes no resta el consumo realizado por otro individuo cualquiera de estos mismos bienes.*” (Samuelson 1954:387). La cantidad total de consumo es una relación de igualdad entre consumos individuales, es decir, supone que todos los individuos consumen la misma cantidad del bien siendo esta, a su vez la cantidad total.

Define su modelo como “*caso polar radical*”, en el que supone la existencia de bienes privados puros y bienes públicos puros. Pero resuelve la casuística afirmando que “*muchos, aunque no todos, los casos reales de actividad del Estado pueden analizarse fructíferamente como una mezcla de esos dos casos extremos polares*”.

En el otro extremo del modelo, los *bienes privados puros*, en ellos el consumo total en un colectivo será igual a la suma de los consumos individuales, consecuencia de ser excluibles y rivales en el consumo.

En el primero de sus artículos, demuestra la incapacidad de un mercado descentralizado para alcanzar un óptimo en el consumo público. La competencia no puede alcanzar un óptimo en sentido marshalliano debido a las “*economías externas y la demanda conjunta*”.

El segundo artículo consiste en la formulación gráfica de las condiciones óptimas analizadas en la primera publicación, así como una respuesta a las críticas de Julio Margolis y Gerhard Colm.

Margolis (1970), realiza una revisión crítica del concepto de bien público expuesto por Samuelson, identifica el concepto de servicios públicos con el de bienes públicos, por ejemplo en lo que respecta a los servicios educativos y sanitarios, plantea el tema de la congestión, pone como ejemplo el caso paradigmático de un faro, que deja de alumbrar a todos los barcos si se produce aglomeración en sus rutas y defiende la posibilidad de crear mercados atribuyendo derechos de propiedad en muchos servicios prestados por el Estado. En definitiva, atribuye la distribución del gasto público en la prestación de servicios como consecuencia de los valores sociales dominantes y niega la teorización de Samuelson sobre bienes públicos.

Por su parte, Colm realiza una crítica proponiendo un enfoque, que el propio Colm considera más realista que el de Samuelson.

Entre los bienes públicos puros y los bienes privados puros establecidos como casos polares por Samuelson, se puede establecer una clasificación de bienes económicos que abarque todo el espectro:

En primer lugar consideraremos los *bienes públicos locales*. Se tratan de una categoría de bien público en la que el elemento diferencial se sitúa en la población que disfruta dicho bien, en este caso solo es accesible a un grupo de ciudadanos, no a todos.

En realidad se trata de una matización un tanto subjetiva, la pregunta que podríamos formularnos es ¿quiénes y cuántos son todos? y ¿quiénes y cuántos una parte?

En la literatura económica, el todo suele identificarse con la unidad territorial estatal, y por tanto, a todos los ciudadanos de un país y el ámbito local o regional a circunscripciones dentro de un estado. Por ejemplo, las campanadas de una iglesia que indican la hora²⁸ se considera un bien público local.

²⁸ El concepto surge a raíz de los trabajos de Tiebout (1956), que establece un modelo en el que guiado por el objetivo de encontrar un mercado para los bienes públicos, argumento que la competencia entre comunidades debería hacer que los bienes y servicios públicos suministrados por un gobierno local se producirían de manera eficiente, porque en caso contrario los ciudadanos “votarían con los pies” emigrando a la comunidad vecina más eficiente.

Este tipo de bienes resultan de la construcción teórica de Tiebout (1956) en un intento de salvar la imperfección en la asignación de recursos a través del mecanismo político que conlleva un bien público.

La solución tieboutiana consiste en que los ciudadanos “votan con los pies”, desplazando su residencia y sus impuestos a otro territorio en el que se satisfacen mejor sus preferencias de servicios y de impuestos para financiarlos (Sáenz de Buruaga 1979:115).

En realidad se trata de una simulación de competencia entre gobiernos.

En lo que se refiere a la rivalidad y el carácter excluible de un bien, podemos hacer la siguiente clasificación:

Los bienes privados puros, en los que el consumo total es igual a la suma de los consumos exclusivos de cada ciudadano ($W = W_1 + W_2 + \dots + W_n$).

Los bienes públicos puros, cuyo consumo total es igual y conjuntamente consumido por todos y cada uno de los individuos ($Z = Z_1 = Z_2 = \dots = Z_n$).

Ambos casos representan la polaridad. Entre ellos hay situaciones intermedias que tienen un reflejo más fiel en la realidad:

Los *bienes públicos impuros o cuasi colectivos* son parcialmente rivales en el consumo, es decir, la llegada de nuevos usuarios no impide el consumo por parte de otros, pero si disminuyen los beneficios obtenidos por los individuos que ya disfrutaban de los bienes públicos. En palabras de Buchanan y Flowers (1982:36), “*La característica distintiva de un bien colectivo o público es la indivisibilidad de sus servicios entre las diferentes personas(...)* resulta caro e ineficaz excluir a los usuarios potenciales del servicio bajo la consideración de derechos de propiedad privados”. Los servicios educativos se incorporarían, para Buchanan, en esta categoría, a diferencia de Stiglitz que los considera bienes privados.

Un ejemplo clarificador de los matices, es un camping establecido en un parque nacional y que da servicio a un buen número de usuarios (estaríamos en el punto C del gráfico II.1).

Si por alguna razón, por ejemplo para proteger las características ambientales del parque, se limitase el número de ocupantes, pasaría a la posición C' cerca de los bienes comunes. Si además, se aplica una tasa de entrada para revertir en el parque se desplazaría al punto C'' en la banda de bienes cuasi privados.

Otro ejemplo de bien cuasi público sería un aparcamiento libre en la vía pública, si se fija una limitación en el número de usuarios por ejemplo para proteger el casco histórico, en la medida en que se establece un tope de vehículos que pueden aparcar se irá acercando al área entre bienes cuasi públicos y bienes comunes. Si además se establece una cuota por uso del aparcamiento, pasaríamos de una posición cercana desde bien cuasi público a bien cuasi privado.

Los *bienes cuasi privados* están en una franja intermedia en lo que se refiere a las dos características relevantes de Buchanan. El ejemplo socorrido es una carretera, deberíamos colocarla en la posición A del gráfico II.1, cerca de los bienes públicos (cuasi público) pero, si la carretera se convirtiese en autopista de peaje se situaría en la posición A', gozaría de las características de invisibilidad, pero limitada a aquellos que abonen el peaje.

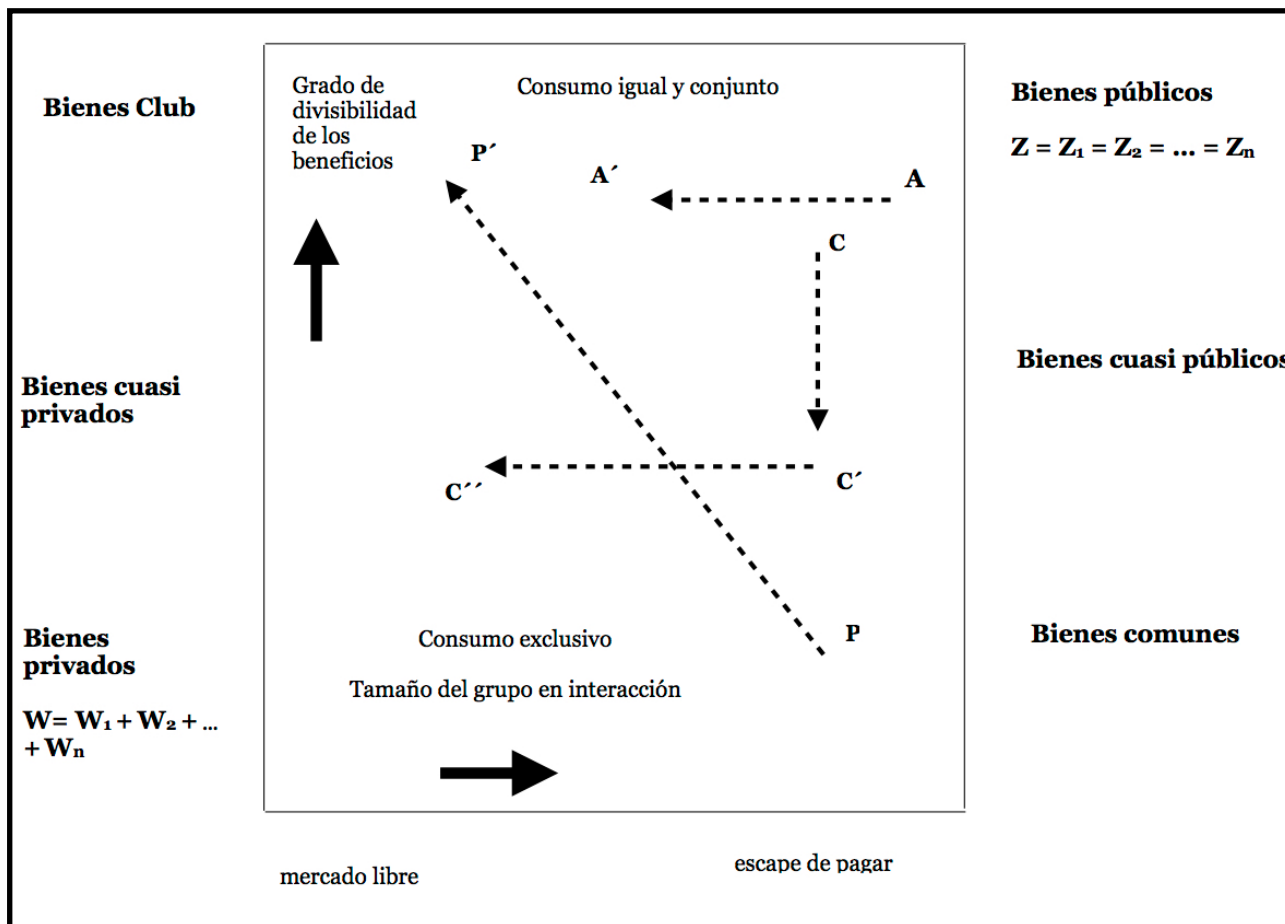
Si la carretera libre de peaje se congestionase por un número elevado de vehículos, se desplazaría hacia abajo, cerca de los bienes comunes, donde se empieza a rivalizar el

consumo. A esta característica se le denomina coste de congestión (Fuentes Quintana, 1987). El coste de congestión se define como el coste de oportunidad de ampliar el uso del consumo de un bien público en términos de pérdida de satisfacción de los individuos que venían usándolos.

Si se trata de una autopista de peaje, se situaría más cerca de bienes club.²⁹

A partir de estos conceptos Buchanan³⁰ elabora el gráfico III.1:

Gráfico III.1. Diagrama de bienes económicos.



Fuente: Sáenz de Buruaga, (1979)

Los bienes preferentes para Sáenz de Buruaga (1979) son casos especiales en estas franjas de bienes mixtos. El ejemplo más evidente es la educación o la asistencia sanitaria, la educación en su etapa obligatoria es un bien cuasi público, indivisible. La única limitación es referida al ámbito territorial que delimita (bienes públicos locales) y las deseconomías por congestión cuando hay masificación en las aulas o en el centro de salud.

²⁹ Una carretera libre no congestionada estaría en un punto como A, una autopista de peaje en A'.

³⁰ Para Buchanan pone el acento en dos características de los bienes públicos: Dimensión del grupo relevante y el grado de indivisibilidad del bien, en el cuadro, el grado de indivisibilidad es creciente en el sentido de ordenadas, la dimensión del grupo creciente en el sentido de abscisas.

Cuando se establecen elevadas tasas o *numerus clausus* se acerca más a un bien cuasi privado.

El origen conceptual de los bienes preferentes reside en el hecho de "imponer" cierto consumo de bienes públicos por encima de las preferencias de los consumidores. El caso de los bienes indeseables- consumo de tabaco o bebidas alcohólicas - en los que se imponen penalizaciones a su consumo, es un caso un tanto diferente. Aquí no se trata de intentar conocer la auténticas preferencias subjetivas, sino de negarlas, imponiendo una estructura de gustos diferente.

Musgrave crea el término de necesidades preferentes, para referirse a bienes cuya importancia se considera tan destacada que se proveen de manera coactiva con carácter público.

La premisa para la provisión pública de estas necesidades meritorias o preferentes, es que el mercado falla, que los consumidores no valoran correctamente los beneficios (o perjuicios) que ocasiona el consumo de un bien y por tanto, la cantidad consumida no es la óptima. La Hacienda Pública toma medidas correctoras en la elección y preferencias de los consumidores.

S.G. Kolm denomina a los bienes preferentes "*deseos tutelados*", la denominación hace referencia a la actuación del Estado en direccionar la satisfacción.

En realidad, el concepto de Kolm no se limita a los bienes preferentes, sino que también lo extiende a todos aquellos aspectos en los que interviene el Estado como una interferencia en las preferencias, desde la limitación de la jornada laboral al ahorro forzoso.

Para J. G. Head (1974) los bienes preferentes satisfacen tres características: la dificultad para el individuo de evaluar sus beneficios, la redistribución de bienestar que representan y la presencia de algunos aspectos de los bienes públicos como las externalidades y la oferta conjunta.

Los servicios de salud pública y sanitaria son bienes preferentes en este sentido, no todos los individuos valoran de la misma manera los beneficios de la salud pública, sin duda, su financiación con impuestos supone redistribución de rentas y la oferta es conjunta, bien a los cotizantes en un régimen de seguridad social, bien a todos los ciudadanos en un sistema nacional de salud. Es decir no se obliga desde la preferencia al consumo, excepto en casos de asistencia psiquiátrica sanitaria por orden judicial o la atención de una situación de emergencia, por ejemplo; pero si se exige el "pago" de manera coactiva.

Para Buchanan la asistencia médica es un bien cuasi colectivo, resalta que tiene cualidades privadas y también aspectos colectivos, por tanto, la importancia que atribuya una sociedad a unos aspectos o a otros determinará un sistema de prestación u otro. Nos encontraremos con sistemas como el NHS británico, donde los aspectos colectivos son de mayor dimensión hasta sistemas como el estadounidense donde el mercado es básicamente privado y el Estado realiza una prestación complementaria junto a algunas organizaciones caritativas para algunos colectivos con necesidades.

En definitiva, la valoración de los beneficios sociales de la prestación de algunos servicios, como los sanitarios, depende de estimaciones subjetivas y difieren de unos individuos a otros y de unas sociedades a otras.

Buchanan (1965) incorpora la categoría de *bienes club*. Son aquellos que tienen entre sus características la indivisibilidad en su consumo, es decir su consumo total es realizado

conjuntamente por todos aunque el grupo sea reducido, pero la no exclusión se limita a los miembros del club.

Pueden estar sometidos a mecanismos de mercado como el pago de cuotas u ordenanzas de *zoning*. Un ejemplo sería una piscina para una zona residencial, o los socios de un club de golf. Es decir, que internalizan sus externalidades mediante mecanismos de mercado, como una cuota de entrada, por tanto la característica de la indivisibilidad queda sometida no ya a un elemento territorial solo, sino también a la existencia de un derecho por pertenecer a un grupo o institución, generalmente el derecho conlleva el pago de cuota.

Una última categoría la representan los *bienes comunes*, se denomina así a aquellos bienes económicos cuyo consumo es exclusivo, pero este consumo individual es función del que efectúan todos los otros ciudadanos. Es un concepto relacionado con la distribución de la renta y la riqueza. Un ejemplo de bien comunal es el encinar comunal de donde todos los vecinos de la aldea obtienen leña para sus hogares; no hay derechos de propiedad, el consumo de un vecino de una rama impide que otro disfrute de esa misma rama pero el acceso es para todos sin exclusión.

Los dos peligros de los bienes comunales son:

De una parte desde el lado de la eficiencia, ya que el alto grado de la divisibilidad de los beneficios puede llevar a situaciones ineficientes (un solo vecino tala gran parte del encinar dejando sin leña a los demás).

Pero también desde la perspectiva de la equidad en la distribución, al ser grande el grupo se puede producir el surgimiento de “*free rider*” o usuario “gratuito”.

Algunos autores evidencian el peligro de la ausencia de derechos de propiedad en casos como, por ejemplo, el riesgo de extinción de algunos animales como los elefantes, producto de la depredación en busca de marfil.

3.2.2. Condiciones de optimalidad en la provisión de bienes públicos.

Los distintos autores de la literatura hacendística han dejado bien definidos los problemas de la asignación de los bienes públicos.

Los análisis económicos se han realizado desde diferentes ámbitos: por un lado, desde el análisis marginal del equilibrio parcial y también desde el análisis del equilibrio general.

El análisis desde el modelo de equilibrio parcial fue convenientemente planteado por Lindahl, pero culmina con el modelo propuesto por Samuelson en 1954 y 1955 (Fuentes Quintana 1987:132).

Establece un modelo en el que describe el comportamiento de los consumidores ante un bien público.

Como resultado de su análisis se obtiene que la diferencia fundamental entre el consumo de bienes privados y el de bienes públicos, reside en su divisibilidad. Es decir, en el mercado privado cada consumidor adquiere una cantidad diferente de producto al mismo precio, en virtud del carácter precio aceptante de oferentes y demandantes en el mercado competitivo.

En cambio, en el consumo de un bien público la cantidad consumida por cada individuo es la misma, lo que varía es el precio que están dispuestos a pagar por ella.

El equilibrio en el mercado de bienes privados se alcanza cuando la cantidad total demandada iguala el precio. En el caso del mercado de bienes públicos, la suma de las cantidades pagadas debe igualar la cantidad del bien producida (consumida).³¹

En lo que se refiere al modelo de equilibrio general, quizá la mejor forma de exponerlo es como lo hizo Samuelson, establece un modelo con dos consumidores que tienen unas preferencias determinadas, cada uno de ellos, entre un único bien público y uno privado.

En términos económicos, busca un óptimo de Pareto como asignación eficiente de los recursos. La situación de equilibrio que alcanza Samuelson es aquella que verifica que:

$$RMT = RMS(A) + RMS(B)$$

Es decir, aquella en la que la relación marginal de transformación entre ambos bienes se iguala a la suma de la relación marginal de sustitución entre el bien público y el privado del primer consumidor más la relación marginal de sustitución del segundo consumidor.

Si se produce una generalización del modelo anterior para un número n de bienes, la condición de equilibrio sería que la suma de las relaciones marginales de sustitución igualen la relación marginal de transformación:

$$RMT = \sum RMS_i$$

Las críticas al modelo han sido varias, pero una de las de más peso, es la que se refiere al supuesto que utiliza Samuelson al utilizar curvas de indiferencia de los consumidores como si las preferencias de los mismos fuesen perfectamente conocidas.

3.2.3. ¿Es el mercado el instrumento adecuado para proveer y producir bienes públicos o deben ser los poderes públicos?

Una vez definidos los bienes públicos y analizadas las condiciones de optimalidad, la pregunta a resolver es si el mercado es el instrumento adecuado para proveer y producir bienes públicos o, por el contrario, deben ser los poderes públicos.

La primera controversia que surge es sobre si la determinación de esas necesidades colectivas, responde a una interpretación arbitraria del gobierno o, como defiende gran parte de la tradición anglosajona, partiendo de los conceptos de indivisibilidad y la noción de “*efectos externos*” elabora el concepto de “*necesidad pública*” o “*necesidad social*”.

Para el pensamiento liberal, si las necesidades públicas no son el resultado de la expresión de los individuos, entonces se está abriendo paso a un sistema de necesidades estatales, determinadas por la burocracia.

³¹ Si suponemos que la cantidad pagada es el impuesto desembolsado, para un nivel de recaudación mayor que la cantidad producida, es decir, la cantidad pagada supera el coste de producción, significaría que hay un exceso de demanda, por tanto la cantidad demandada aumenta hasta alcanzar la cantidad de equilibrio en la que la recaudación iguala al coste de producción. De igual manera, si las cantidades pagadas como impuestos son menores que el coste de producción, se produciría un exceso de demanda que se traduciría en una disminución de la cantidad demandada hasta el punto de equilibrio.

La perspectiva cambia si la necesidad pública se integra en el sistema de preferencias individuales incluso estando lejos de dar una solución apropiada.

Por tanto, para los liberales, la cobertura pública de las necesidades públicas, o sociales, solo está justificada cuando nacen del conjunto de preferencias de los individuos.

Desde ese punto de vista, Buchanan señala que los llamados *bienes públicos puros* de Samuelson cubren la organización de la defensa, el establecimiento del orden jurídico y pocas cosas más.

La teoría ortodoxa apunta como consumo óptimo el que se producirá cuando el beneficio marginal iguale al coste marginal. Si se puede aplicar el principio de exclusión, entonces su provisión puede satisfacerse por el sector privado, pero si la aplicación del principio de exclusión es, sencillamente inaplicable, entonces el servicio deberá ser provisto por el sector público.

Samuelson presenta un modelo con unas condiciones finales de equilibrio y el procedimiento para alcanzar el equilibrio final. Su modelo justifica los fallos de mercado por un lado, y legitima la intervención del sector público.

Algunos economistas, como el profesor Albi (2011), critican que en este modelo se presupone que el Estado impone la situación de equilibrio porque es conocedor de los condicionantes de su modelo de equilibrio general.³²

Pero para que el sector público pueda resolver la situación, es necesario que se trate de un sector público muy especial con la existencia de un dictador.

Estos supuestos que justifican la intervención del Estado la hacen poco operativa, en especial “(...) *las verdaderas preferencias son desconocidas. Puesto que, como hemos observado, nadie puede ser excluido de los beneficios que resulten, los consumidores no revelarán fácilmente sus verdaderas preferencias (...) se satisfacen necesidades que podrían ser satisfechas por medio del mercado, pero no lo son, puesto que los consumidores deciden gastar su dinero en otras cosas*”, en palabras de Musgrave. (1969:8-9).

Es precisamente el logro en la revelación de esas preferencias, bien a través de un proceso político o de un sistema de votación que se asimile a la solución eficiente, cuando se incentiva a los consumidores a expresar esas preferencias por los bienes públicos. Esa información es relevante para lograr una solución eficiente del problema del sector público.

La literatura sobre los fallos del mercado ha sido muy prolífica y se han determinado y explicado un elenco de fallos que han apuntado en la línea de reclamar la intervención del Estado. Ha sido precisamente la determinación de esos fallos lo que ha justificado, para muchos, la intervención pública.

En general podemos determinar que:

Los bienes privados, cuasi privados y los bienes club, están sujetos a mecanismos de mercado libre, variando según el grado de exclusividad del consumo.

³² Tales condicionantes son: Las preferencias de los consumidores por los bienes y las condiciones de producción y consumo.

Los bienes públicos y cuasi públicos, constituyen fallos del mercado. Su asignación debe realizarse a través de mecanismos tributarios y del proceso político, asumiendo dos cuestiones: la indivisibilidad de los beneficios y la no exclusión del consumo.

Los bienes comunes también requieren del acuerdo político. El consenso es necesario para limitar el exclusivismo y el escape del pago.

También admiten acuerdos de mercado, (tales como cuotas de entrada, establecimiento de vedas en cotos, o la delimitación espacial de un coto de caza), pero erosionado su característica comunitaria, de manera que podrían pasar de ser bienes comunes a bienes club.

Por último, los bienes preferentes entran dentro de los bienes cuasi públicos, su única limitación, tal como hemos mencionado anteriormente, se produce por la limitación espacial y la posible deseconomía por congestión, esto es, masificación en las aulas.

En tanto se establezcan matrículas muy costosas, o “*números clausus*”, como ocurre en algunos casos con la educación universitaria, se acerca más a los bienes cuasi privados y, por tanto, sujetos a mecanismo de mercado.

La defensa de la intervención pública para satisfacer las necesidades preferentes de los individuos se ha fundamentado en torno a cuatro argumentos:

La primera de ellas, basada en la presunta insuficiente concienciación de los consumidores sobre la importancia del consumo de un bien. Esta circunstancia puede deberse a una información insuficiente, por ejemplo, en numerosas campañas publicitarias de marcas comerciales el consumo de alcohol o de tabaco se presentaba como un símbolo de integración y de distinción social o la información disponible que puede ser engañosa como resultado de una publicidad abusiva.

Algunos bienes preferentes como la necesidad de hacer revisiones periódicas dentales o ginecológicas, los chequeos médicos o intentar llevar un dieta saludable han ido convirtiéndose en una demanda social cada vez mayor a partir de las campañas de información sobre sus bondades o el daño a la salud del consumo de alcohol o de drogas.

En definitiva, se produce una brecha entre los “*deseos*” y la “*satisfacción*” de los consumidores.

En segundo lugar, se presupone que los consumidores no actúan de manera racional cuando, en ocasiones, no satisfacen sus verdaderos intereses y no se trata de un problema de información adecuada. Por ejemplo, la escolarización obligatoria que siendo algo esencial para la capacitación, y por ende, el futuro de los individuos, si no fuese precisamente obligatoria no todos los individuos cursarían estudios primarios básicos. Otro ejemplo lo constituye el consumo de drogas con la información de la que dispone hoy cualquier individuo.

Aún siendo obligatoria, la resistencia, cada vez menor afortunadamente de algunos colectivos a asistir regularmente a las clases. De hecho se registran los mayores niveles de absentismo escolar en determinados segmentos de población e incluso en alguna etnia.

En tercer lugar, la satisfacción de necesidades preferentes produce externalidades positivas, por tanto, dejarlo al arbitrio del mercado tendría como resultado un intercambio en el mercado de una cantidad menor que la solamente óptima, dado que el beneficio individual es menor que el beneficio social. Un ejemplo sería la prevención y detección del

cáncer de cervix producido por el virus del papiloma humano (VPH) o la prevención de epidemias, desde la gripe hasta el VIH-SIDA.

En cuarto lugar, nos referimos a razones redistributivas, evidentemente, la escolarización obligatoria, la asistencia sanitaria universal y gratuita representan una redistribución de renta y de riqueza en sus consecuencias en la vida futura de los individuos. Este concepto recibe el nombre de equidad categórica.

La atención a la salud además de generar externalidades positivas, también contribuye a una distribución equitativa de la riqueza, y si no se produce la cobertura pública, la demanda de servicios sanitarios será menor de lo adecuado para una mejor distribución de riqueza.

Sin embargo, para otros autores, la satisfacción de las necesidades preferentes no es otra cosa que una intromisión en las preferencias individuales.

Para ellos, si se admite la interferencia del Estado en las preferencias individuales se corre el riesgo de legitimar cualquier interferencia arbitraria.

En segundo lugar, si el Estado dispusiese de toda la información necesaria para asegurar el funcionamiento eficiente del mercado, su obligación no es intervenir, sino poner a disposición de todos los agentes la información que mejore su toma de decisiones.

Como tercer bloque de argumentos se recogen aquellos que cuestionan la mejora sobre la distribución de la riqueza que producen algunos bienes preferentes, en tanto que modifican las preferencias de los individuos. Entonces desaparece el argumento que justifica la intervención del Estado.

El concepto de necesidad preferente desaparece, pues o bien se trata de una necesidad social que requiere un bien público impuro con la presencia de externalidades o bien se pretende alterar con el consumo de dichos bienes la distribución de la renta y la riqueza a partir de la modificación de las preferencias en “libertad” de los consumidores (Fuentes Quintana 1987).

Como resumen, el debate ideológico se acicala con tintes de debate económico. Para el pensamiento liberal, defensor ardiente del individualismo, el riesgo de que a partir de la admisión de la intromisión del Estado en la esfera individual se justifiquen intromisiones arbitrarias y abusivas es un supuesto valorativo de tal fortaleza, que renuncian a la posible actuación positiva del Estado para el conjunto de la sociedad.

Como máximo, están dispuestos a aceptar la intervención cuando se demuestre la existencia de economías externas en el consumo de algunos bienes, siempre y cuando no se modifiquen las preferencias individuales.

Sin embargo, para aquellos cuyo modelo ideológico se fundamenta en que el individualismo debe tener algunos límites en aras al bien común, entienden que el Estado debe intervenir en la provisión de bienes preferentes.

La provisión de bienes públicos plantea problemas de optimalidad en su producción y en su distribución, el problema que surge en términos de si para resolver esta cuestión se debe realizar un proceso de elección política.

El modelo de equilibrio general de Samuelson presupone que “alguien” conoce las curvas de utilidad social, evidentemente ese alguien no puede ser los mercados. Es más sencillo suponer que el Sector Público impone las situaciones de equilibrio, pero para que el Estado

fuese capaz de hacer eso debería ser el “déspota benevolente”, que ironizó Wicksell, y un “dictador omnisciente”, al que se refirió Samuelson.

Estos supuestos lo hacen poco operativo. Uno de los grandes problemas teóricos es encontrar un mecanismo que sea capaz de revelar las preferencias individuales.

3.2.4. Resolución del problema de producción distribución de bienes públicos mediante procesos de elección política.

El Sector Público se encarga de la satisfacción de necesidades colectivas por la provisión colectiva de bienes y servicios. Su legitimidad nace de los individuos.

Si todos los individuos tuviésemos las mismas preferencias, la toma de decisiones del Estado sería sencilla y satisfaría a toda la sociedad. Sin embargo, la mayoría de las veces, las preferencias individuales son diferentes. Algunas personas pueden considerar que es más importante gastar en más policía, para otros en sanidad y otros considerarán de importancia construir carreteras.

Es ahí donde es importante clarificar algunos extremos sobre la toma de decisiones colectivas.

La teoría de la elección social para el profesor Barberá (1987:150) “*estudia las regularidades de los procedimientos que permiten agregar las preferencias de los distintos miembros de una sociedad en forma de un criterio colectivo*”.

En efecto, la teoría de la elección colectiva, elabora las propiedades que debe cumplir una regla de elección colectiva sensata, y a continuación determinar si existen reglas que cumplan con esas propiedades.

Las dos reglas de elección más importantes son: la votación, que es la forma común en las democracias, y la elección mediante las funciones de bienestar.

Gran parte de la teoría de la elección colectiva se ha centrado en los mecanismos basados en órdenes individuales de preferencias porque evitan la duda sobre la posibilidad de comparar utilidades. Por otra parte en las sociedades democráticas las decisiones se adoptan por votación. (Albi, González-Páramo y Zubiri 2011).

3.2.5. Elección pública en una democracia directa.

a) Reglas de votación

Una regla de elección colectiva debe cumplir con criterios de coherencia. Arrow en 1951 enunció cinco propiedades que deberían cumplirse:

1. La regla debe estar definida por cualquier conjunto de preferencias que puedan tener los individuos.
2. Si todos los individuos prefieren una alternativa a otra, esta alternativa es preferida socialmente.
3. No hay dictadores que imponen sus preferencias.

4. La regla de elección es transitiva.

5. Independencia de las alternativas irrelevantes.

A partir de estas preferencias, Arrow estableció su teorema de la imposibilidad, que generalizaba la paradoja de Condorcet, y que enunció de la siguiente manera: Si existen al menos tres alternativas y el número de individuos es finito, no existe ninguna regla de elección colectiva que cumpla con las cinco propiedades antes descritas.(Albi et al 2011:119)

En democracia, las decisiones públicas se toman por votación. En la mayoría de los casos la participación es a través de la democracia representativa, pero también en ocasiones mediante democracia directa, y en todo caso, se producen votaciones mayoritarias en elección directa en muchas instituciones, Consejo de Ministros, Parlamentos o en el consejo de administración de una empresa.

a.1) Regla de la unanimidad.

Busca el consentimiento unánime como norma obvia para orientar el consumo óptimo de un bien por la sociedad. La regla de la unanimidad, defendida por Wicksell y más tarde por Buchanan y Tullock trata de buscar un mecanismo de decisión en la elección de bienes públicos.

El consumo del bien se correspondería con una fórmula impositiva aceptada por todos.

Tiene varios inconvenientes esta regla:

La pérdida de tiempo necesario para llegar al punto de equilibrio por el propio proceso negociador. En segundo lugar, puede dar lugar a grupos organizados con conductas estratégicas que hacen desviarse el resultado.

La operatividad de la regla de la unanimidad disminuye mucho cuando aumenta el tamaño del grupo. (Fuentes Quintana 1987).

Wicksell avistó este inconveniente y llegó a proponer una alternativa, la regla de la unanimidad relativa. En este caso existe la posibilidad de que algunos individuos resulten perjudicados, y se produzca la coacción por parte de la mayoría que se impone.

Frente a la “tiranía de la mayoría” que destaca Wicksell, está la “tiranía de la minoría” que enuncia Baumol, refiriéndose a la capacidad de veto que puedan llegar a tener las minorías o, en su caso, un solo individuo.

Buchanan y Tullock plantean el problema de cuál debe ser una mayoría óptima con la que decidir.

En la voluntad de encontrar un consenso social sobre las reglas de elección, los individuos se enfrentan a dos tipos de costes:

Costes externos, son los que se producen cuando la sociedad toma una medida contra el interés personal de alguien.

Costes de adopción de decisiones, consistentes en los costes que se producen por la decisión social de cualquier problema.

La sociedad debería contabilizar ambos costes si quiere garantizar una mayoría óptima.

a2) Regla de la mayoría.

Precisa que una alternativa sea defendida al menos por más de $N/2$ miembros del grupo, siendo N el número de personas perteneciente al grupo.

Esta regla se ve afectada por dos categorías de problemas; problemas normativos, que cuestionan el ¿Por qué hay que aplicar esta regla a todos los procesos de elección?, o dicho de otra manera, por qué algunos procesos de toma de decisión hay que realizarlos mediante este sistema.

Un segundo ámbito de problemas se refiere a los de índole positiva, podrían retardar y demorar la toma de decisiones del grupo. Para resolver esta cuestión se propone la regla de la mayoría simple. Otra de las razones esgrimidas a favor de la regla de mayoría simple es que es de aceptación fácil e intuitiva en la sociedad actual, de la misma manera que economiza tiempo en la toma de decisiones.

Entre los inconvenientes de la regla de mayoría simple están:

La posible inconsistencia lógica de sus resultados, lo que se ha denominado paradoja de Condorcet que se generaliza con el teorema de imposibilidad de Arrow, que indica que no existe ningún procedimiento no dictatorial que sume las preferencias individuales.

En segundo lugar, la capacidad decisiva del votante individual es pequeña, esto desincentiva su interés por mantener un buen nivel de información.

La regla de la mayoría incumple, en general, el criterio de máximo paretiano.

En último lugar, Tullock ha alertado sobre la posibilidad de usar la regla de la mayoría simple para financiar bienes privados que beneficien a un conjunto más o menos pequeño de la sociedad. De esta manera, con la provisión de bienes privados por parte del Estado, se convierte un bien privado en público, lo que requiere igual consumo de todos los individuos, generando una disminución en las utilidades alcanzables. Para Tullock esta capacidad redistributiva es negativa. (Fuentes Quintana 1987:170)

La transitividad de la votación mayoritaria depende de la estructura de las preferencias individuales. En este sentido el sistema de votación mayoritario fracasa, en ocasiones, a la hora de elegir una alternativa.³³

Se han propuesto diversas maneras para superar la inconsistencia, desde la restricción de dominio, es decir, someter a votación alternativas unidimensionales. Por ejemplo, las tres alternativas son: Presupuesto bajo en sanidad, presupuesto medio y presupuesto alto. En este caso solo existe una alternativa preferida por las que están próximas a ella.

Cuando existen preferencias unimodales el votante mediano es decisivo. Es decir, el resultado de la votación se ajustará a lo preferido por el votante mediano.

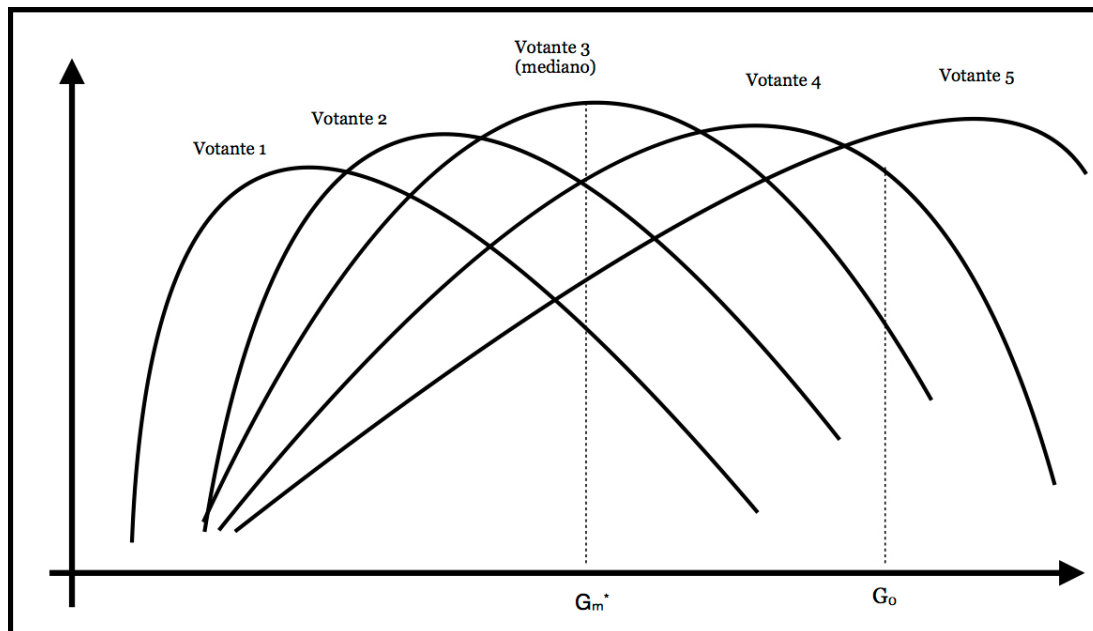
³³ Por ejemplo: Si $A \succ_1 P \succ_2 P \succ_3$

$B \succ_2 P \succ_3 P \succ_1$

$C \succ_3 P \succ_1 P \succ_2$, ninguna de las tres opciones sería elegida obre las demás. Donde x_1 =construir un puente, x_2 =gasto en defensa y x_3 =gasto en sanidad.

Supongamos en primer lugar que G^*m es el nivel de gasto óptimo para el votante mediano, (gráfico III.2). Supongamos que $G_0 > G^*m$, entonces votarán por G^*m al menos, el votante mediano y todos aquellos cuyo nivel idóneo de gasto sea inferior a G^*m .

Gráfico III.2. Votación sobre nivel de gasto



Fuente: Albi et al. (2011)

La votación mayoritaria no produce niveles de gasto eficiente. La regla de votación impide tomar en consideración las intensidades de las preferencias, de manera que no podemos igualar la suma de beneficios marginales individuales al coste marginal.

En realidad, lo que ocurre en un proceso de votación unimodal de estas características es que la suma de las ganancias de utilidad de la minoría que quiere disminuir el gasto a su nivel eficiente (en su caso aumentarlo), son mayores que la pérdida de utilidad que obtiene la mayoría que ha votado el nivel ineficiente ganador. Este problema tendría solución mediante un proceso de negociación, el denominado *intercambio de votos*.

En definitiva, el proceso de votación mayoritario solo producirá resultados definidos, predecibles y fiables con alternativas unidimensionales, lo que supone una restricción importante.

b) Teoría de la Democracia Representativa

En una democracia representativa, quién toma las decisiones son los representantes electos de los individuos. La relación entre democracia directa y democracia representativa depende del comportamiento de votantes y votados.

Si nos detenemos en el modelo teórico de Downs (1973) podemos explicar el funcionamiento del sistema político con democracia representativa.

Define un sistema político democrático, con algunas premisas. En primer lugar, el gobierno es el poder final en un espacio determinado. Existen dos o más partidos que pugnan por el poder, periódicamente se celebran elecciones, en las que participan los adultos no inmersos en una circunstancia legal o personal que los incapacite, a la manera un hombre un voto.

El partido que pierde las elecciones no obstaculiza la llegada al gobierno del vencedor y el gobierno no dificulta las posibilidades de alternancia durante su mandato.

Define las estructuras de los partidos políticos desde una concepción de mero poder y ausente de todo ideal, este es uno de los cimientos principales de su concepción teórica.

El segundo pilar sobre el que construye su teoría de la ausencia de información perfecta, tanto de los electores sobre cuál será realmente la acción del gobierno, y por tanto, como le beneficia o perjudica, y del gobierno, que desconoce la opinión de los electores sobre los problemas.

Para que un individuo tome posición activa en un proceso de elección, su coste marginal debería ser igual al ingreso marginal que le proporciona la medida de que se trate, es decir, que el incremento de utilidad que le proporciona su actuación. Si una determinada política sale adelante, debe ser igual a los ingresos que sacrifica por el tiempo dedicado a informarse y a participar.

Para Downs (Fuentes Quintana 1987:178 ss), los votantes tienen un comportamiento racional. Los costes de tener información política son mayores que el ingreso marginal (beneficios esperados de una determinada política). La acción del votante vendrá dada por la relación:

$$R = B P - C + D$$

Siendo R la acción del votante, B el beneficio esperado de una acción gubernamental, P la probabilidad de obtener tales beneficios, C los costes de información política y D los beneficios complementarios.

La probabilidad de que un voto cambie el resultado electoral es tan pequeña, que la no participación política, se convierte en una respuesta racional a los hechos políticos en democracia.

Que todos los componentes de la sociedad dispongan de información es una tarea ardua y costosa.

Que los costes de información sean elevados explica la baja participación democrática, la abstención. El abaratamiento de los costes de información cuando se trata de un grupo de presión, explica la actuación activa de estos.

Downs explica como los grupos de presión de los productores son más numerosos que los de consumidores, disponen de mayor información por su actividad habitual y de recursos como para poder generar una opinión determinada en el electorado.

Los partidos políticos son sensibles a los grupos de presión, por la capacidad de estos de generar opinión en otras capas. Downs diferencia aquí entre partidos políticos, que tienen como objetivo el máximo número de votos.

Solo deja espacio para la ideología en el ámbito en que hay información imperfecta acerca de la opinión del electorado y, por tanto cada partido marca diferencias con posiciones

ideológicas fácilmente distinguibles. En la medida en que el conocimiento de la opinión del electorado mejora se reducen las ofertas electorales de los diferentes partidos.

3.2.5. Resolución del problema de producción distribución de bienes públicos mediante mecanismos de revelación de la demanda (MRD)

Desde 1970, se empiezan a proponer mecanismos capaces de inducir a una revelación correcta de las preferencias individuales: Mecanismo de revelación de la demanda (MRD), a partir de los trabajos de Graves- Clarke. (Albi et al. 2011: 138)

La argumentación teórica es sencilla, otra cuestión es su aplicación práctica:

En un bien privado las cantidades que se producen vienen determinadas por los precios. En un bien público se produce un problema cuando se toma como base para determinar el nivel de producción por el fenómeno del *free rider*.

Se parte del supuesto de que los consumidores engañan sobre sus preferencias reales sobre un bien público con el propósito de eludir su contribución a la producción del mismo. En el MRD se trata de inducir a los votantes que revelen sus auténticas preferencias.(Corona, 1987).

En el MRD las disposiciones a pagar por un bien público son efectivamente criterio de decisión de los niveles de bien a producir.

Se determina el nivel de gasto necesario para satisfacer la provisión del bien público a todos los electores excepto a uno. Posteriormente se incorpora este elector y se calcula la pérdida neta que sufren los demás debido a su incorporación. Esa es la cantidad que deberá pagar en forma de impuesto. No se le exige al individuo que contribuya con la cuantía por él mismo indicada.

Es decir, se trata de establecer la verdad como estrategia dominante en el proceso de elección.

El MRD plantea una serie de problemas:

Se dan una serie de inconvenientes prácticos y teóricos que impiden su aplicación. Se pueden producir coaliciones entre los individuos para ocultar sus verdaderas preferencias y soportar menor carga fiscal. No existen garantías de que la recaudación establecida garantice la financiación del proyecto y finalmente, la recogida de información y procesamiento de la información sería altamente costoso.

Entre las ventajas del MRD está el hecho de que sobra la figura del burócrata-experto como suplantador de una pérdida de soberanía del consumidor.

III.3. Competencia perfecta y fallos “técnicos” del mercado

“Las cigüeñas traen a los niños recién nacidos: Se ha afirmado que un estadístico curioso recogió datos sobre el número de niños nacidos y el de nidos de cigüeñas en algunos pueblos holandeses y resultó que existía una significativa correlación positiva entre ellos. Basándose en un mero estudio empírico, podría concluirse que la leyenda era correcta”

Pinola y Sher(1986:32)

Anteriormente hemos visto que los economistas clásicos representan un cuerpo de pensamiento alejado de la caricatura del integrismo antigubernamental. Entendieron que el mercado no podría operar sin un marco jurídico, político y moral, se enfrentaron al mercantilismo, pero mantuvieron una visión práctica acerca del papel que debe tener el Estado en la economía. De esta manera MacCulloch, Nassau W. Senior o Sidgwick defendieron un marco en el que el libre mercado podía no ser suficiente por sí mismo. Esta idea la sintetiza Sidgwick (1885:180): *“The maxim of laissez faire(...) has no scientific basis whatever”*.

Sin embargo, exhibían pocas esperanzas respecto a las posibilidades del Estado de resolver los problemas del libre mercado.

Es Mill quien, manteniendo su raíz en los economistas clásicos, realiza un reconocimiento expreso de los fallos del mercado.

Para Medema (2004), Mill y Sidgwick abordaron la cuestión del rol económico del Estado desde una perspectiva utilitarista, lo que representa una posición más práctica que la de los economistas clásicos.

Cournot, en 1838, desarrolló la teoría del monopolio y el modelo de maximización del beneficio en un duopolio aplicando el cálculo marginal en las funciones de oferta del duopolista.

En 1893, Wicksell determinó que la competencia perfecta es incompatible con los rendimientos no constantes a escala. Sin embargo, lo más probable es que existan economías de escala en la producción de bienes y servicios por una empresa.

Esto pone en entredicho la teoría de la productividad marginal, es decir, que la determinación de precios a través de la productividad marginal no es tan clara.

Para Spiegel (1987:687), Wicksell se despegó de los marginalistas en lo que deriva de la distribución *“(...) fue prácticamente, sin embargo, el único economista notable que criticó el punto de vista, avanzado por algunos de los que realizaron la revolución marginalista, de que los precios competitivos denotan un óptimo social. Señaló, por el contrario, que, en presencia de profundas desigualdades de renta, el intercambio entre el rico y el pobre proporcionaría una mayor utilidad total(...)”*.

Alfred Marshall no cimentó su construcción teórica con los marginalistas Jevons, Walras y Menger. Lo hizo sobre las aportaciones de Cournot y Von Thünen.(Blaug 2001)

Para Schumpeter (2012:1135-1138), Marshall dejó algunos problemas económicos sin resolver, como la relación entre el tiempo y el problema de los costes medio y marginal decreciente, los conceptos de costes primarios y suplementarios y, desde luego, las economías externas e internas.

De esto fueron conscientes sus sucesores en Cambridge. Acerca de las economías internas Keynes organizó un simposio publicado en el *Economic Journal*, en marzo de 1930, en el que realizaron sus aportaciones al problema de las economías internas y de los rendimientos crecientes Robertson, G.F. Shove, P. Sraffa y la señora Robinson. (Schumpeter 2012).

Pero la gran aportación de Marshall fue formular proposiciones en la economía del bienestar (Schumpeter 2012:1161), poniendo en entredicho el estado de equilibrio perfectamente competitivo y planteando caminos diferentes al libre mercado.

Pigou (1946) tomando como base el trabajo de Mill y Sidwick, avanzaría en este sentido aplicando el análisis marginal a los fallos que había detectado Sidgwick.

Pigou analizó las condiciones de optimalidad y los posibles mecanismos que tenía el Estado para corregirlo.

El estudio de las externalidades ha tenido tres enfoques diferentes. En primer lugar, la tradición pigouviana, que tiene su origen en una interpretación del capítulo 9 de *“La economía del bienestar”* titulado *“Las divergencias entre el producto neto marginal social y el producto neto marginal privado”* (Pigou 1946:146-173). Defendía la intervención del Estado para corregir las asignaciones no eficientes de recursos. *“Algunos continuadores optimistas de los economistas clásicos han manifestado que el “libre juego del interés personal”, sin intervención del Estado, logrará que la tierra, el capital y el trabajo de cualquier país se distribuyan del modo más racional (...)”* (Pigou 1946:107 ss.) para añadir *“(...)Tratamos de aclarar en qué forma, ahora o más tarde, será posible para los gobiernos dominar el juego de las fuerzas económicas(...)”*. (Pigou 1946:109 ss.)

El segundo de los enfoques lo proporcionan Knight (1924) y Coase (1960). Para Coase, los factores de producción son, en realidad, derechos, de esta manera, el derecho a hacer algo que tenga un efecto dañino es también un factor de producción. El coste de ejercer un derecho se iguala a la pérdida que tiene un tercero por ejercer tal derecho. Defiende que la solución a cualquier problema de externalidad será la misma, independientemente de cómo estén distribuidos los derechos de propiedad. El enfoque de Coase es un fundamento para la Nueva Economía Institucional (NEI), que defiende que la economía neoclásica no contempla los costes de transacción que se producen en la vida real, por tanto el óptimo paretiano no es válido porque responde a un modelo ideal en el que no hay fricciones ni costes organizativos, ni transaccionales.

El tercer punto de vista con que se analizan las externalidades corresponde a la escuela austriaca, que niega cualquier participación del Estado en la estructura de los derechos de propiedad existentes.

Sintetiza Huerta de Soto (1986:233) *“(...) No parece científicamente honesto, por tanto, criticar el funcionamiento del mercado y abogar por un mayor protagonismo del Estado, cuando precisamente el inadecuado funcionamiento de las instituciones públicas, sobre todo en materia de definición y defensa de los derechos de propiedad, impide que el mercado ejerza de forma correcta las funciones que le son propias.”*

Scitovsky (1954) clasifica las economías externas según dos contextos distintos, las que están relacionadas con la teoría del equilibrio y las que están contextualizadas en la teoría de la industrialización.

Entre las primeras incluye las relaciones interdependientes entre agentes económicos, de manera que las externalidades pueden producirse entre consumidores, entre productores, de consumidor a productor o de productor a consumidor.

Cuando los beneficios de una empresa son también función, en alguna medida, de las acciones de otra empresa, entonces se produce una economía externa, la que denomina Scitovsky como economía externa monetaria.

Buchanan y Craig (1962), distinguen las externalidades entre marginales e inframarginales, externalidades potencialmente relevantes e irrelevantes y externalidades Pareto relevantes y Pareto irrelevantes. Realizan un análisis para el caso de una sola externalidad llegando a varias conclusiones. La primera, que en el equilibrio paretiano las deseconomías externas implican la existencia de economías internas, no están a favor de la intervención siempre que se observe una externalidad porque los beneficios internos pueden ser superiores a los perjuicios externos que ocasione la actividad. Finalmente rechazan que pueda alcanzarse el equilibrio paretiano mediante impuestos y subvenciones.

El economista español Valentín Andrés Álvarez (1951), identifica todas las formas y estructuras de formación de precios según la clasificación de su buen amigo Heinrich Stackelberg, (1946) en la que distingue las distintas formas de poder de mercado.

Tabla III.1. Formas de poder de mercado

Sa	Da	1 comprador	Pocos compradores	Muchos compradores
1vendedor		Monopolio bilateral	Monopolio parcial	Monopolio
Pocos vendedores		Monopsonio parcial	Oligopolio bilateral	Oligopolio de oferta
Muchos vendedores		Monopsonio	Oligopsonio	Competencia perfecta

Fuente: (Stackelberg 1946:240)

Stackelberg (1946:239) denomina a estas nueve modalidades formas de mercado perfecto “(...) nos vemos obligados a simplificar, y con este fin consideramos, sólo las formas puras, resultantes de las combinaciones: muchos pequeños, pocos medianos y un grande”.

Bator (1958) clasifica los fallos del mercado en tres grandes grupos: Externalidades (ownership externalities), monopolio y poder de mercado (technical externalities) y bienes públicos (public good externalities).

Será Dalhman (1979) quien enfoque el problema de las externalidades desde su relación con los costes de transacción positivos y la información imperfecta.

Stiglitz (2000) enumera seis condiciones en las que los mercados no son eficientes.

Fallos en la competencia, para que el mercado sea eficiente, en el sentido de Pareto, se exige a las empresas que no puedan influir en los precios. Con costes medios decrecientes

se puede producir monopolio natural y una subida por parte de la empresa en el precio no produce la pérdida de todos los clientes, sino a una curva de demanda decreciente.

Otras condiciones de ineficiencia son la existencia de bienes Públicos y externalidades, produciéndose éstas cuando las decisiones de un agente económico afectan a terceros.

Stiglitz (2000) llama mercados incompletos a aquellos en los que no se suministra un bien o servicio a pesar de que el coste de producción y distribución es inferior al precio que están dispuestos a pagar los consumidores. Entre ellos se encuentran los mercados de seguros y capitales; atribuye las razones de que estos mercados no sean perfectamente competitivos a la innovación, con la entrada de nuevos productos se producen nuevos costes de transacción, velar por el cumplimiento de los contratos tiene altos costes y, en último lugar, a las asimetrías de información.

Señala, también Stiglitz, a los mercados complementarios como otra modalidad de mercados incompletos, y por tanto, de fallo del mercado.

En quinto lugar, los fallos en la información, que pueden llegar a producir la no existencia de mercado.

Los problemas de falta de información los puso de manifiesto años antes Akerloff (1970).

En último lugar, Stiglitz señala el paro, la inflación y el desequilibrio. Para él estos problemas de las economías modernas son un ejemplo evidente de que las economías por si solas tienen fallos.

La teoría neoclásica define la competencia perfecta como aquel modelo de mercado en el que no se producen los llamados fallos del mercado, es decir, que reúne determinadas condiciones. Pinola y Sher (1986) lo resumen en cuatro supuestos:

Producto homogéneo, todas las unidades de dicho producto son idénticas, de manera que para el comprador es irrelevante quién es el vendedor.

Hay que destacar aquí que lo que realmente define este supuesto no es el hecho objetivo de que dos productos son idénticos, sino el hecho de que los consumidores consideren que efectivamente son idénticos. Este hecho es importante en algunos mercados, como el sanitario, en el que el intento de diferenciación de producto es una constante.

Libre entrada y salida, existe libertad absoluta de entrada y salida de demandantes y oferentes en el mercado. En el modelo ideal de competencia perfecta, no existen patentes, tabúes sociales, restricciones legales, financieras ni sociales de ningún tipo.

Existe un número elevado de compradores y vendedores, este supuesto se traduce en un peso individual de cada demandante (oferente) tan pequeño que no le permite influir en las magnitudes del mercado, incluidos los precios del mercado, es decir son precio-aceptantes.

*Información perfecta*³⁴, existe información perfecta de compradores y vendedores. Es decir, no existe incertidumbre ni riesgo, porque el conocimiento del mercado presente, e incluso del mercado futuro es exhaustivo.

En realidad este supuesto es el más restrictivo y el más irreal, en los mercados la información no suele ser absoluta, ni precisa.

La información se puede obtener, pero el coste de una información perfecta es muy alto, tanto que en la mayoría de las ocasiones es, sencillamente, inalcanzable.

Gimeno Ullastres (2012), añade algunos supuestos a los cuatro anteriores:

Principio de exclusión, accede a un bien quien paga por él, o existen mecanismos para excluir a un individuo del consumo. En este sentido hemos abordado en profundidad los bienes públicos, que no pueden ser objeto de mercado. El ejemplo manido, pero ilustrativo de bien público es el alumbrado de las calles, donde la imposibilidad de excluir de su consumo al “free rider” imposibilita la existencia de un oferente que no sea el sector público.

Principio de correspondencia del precio con los costes y beneficios que se derivan de la producción y consumo de los bienes y servicios.

Maximización del bienestar y de los beneficios de consumidores y oferentes, respectivamente.

Así, Robert H. Frank (1997) establece cuatro condiciones:

Las empresas venden un producto estandarizado, son precio-aceptantes, los factores de producción son perfectamente móviles a largo plazo y las empresas y los consumidores tienen información perfecta.

Por último, hay que destacar como un supuesto de la competencia perfecta la *Ausencia de externalidades*. Cuando se producen externalidades positivas, la cantidad producida es inferior a la cantidad socialmente óptima. En cambio cuando la externalidad es negativa, la cantidad producida es superior a la socialmente óptima. En cualquier caso, la existencia de externalidades supone un importante fallo del mercado.

En la práctica, es difícil la existencia de mercados perfectamente competitivos en el sentido de cumplimiento de todos los supuestos anteriormente descritos. Cada supuesto que no se cumple representa un “fallo del mercado”, que tiene como consecuencia el fracaso del mercado sin regulación para asignar de manera eficiente los recursos.

La economía neoclásica se ha centrado, como hemos visto, en los fallos “técnicos” de mercado, es decir, aquellos que hacen inviable la asignación eficiente de los recursos. Pero también se producen fallos en la equidad que hacen inaceptable la asignación propuesta por el mecanismo de libre mercado.

³⁴ Pinola y Sher (1986) señalan que algunos autores desechan este supuesto por ser muy restrictivo y prefieren hablar de competencia pura como sustituta de la competencia perfecta. Sin embargo, como señalan Pinola y Sher “sin este supuesto, y sin un mecanismo para abordar los problemas de incertidumbre y riesgo, el modelo es incoherente desde el punto de vista lógico, por lo que no puede ser mejor que uno que sea lógicamente coherente, aunque no sea realista”.

3.3.1. Fallos en la asignación de recursos que realiza el mercado en relación a la Equidad

Si en un mercado se cumplen todos los supuestos de la competencia perfecta, se tratará de un mercado eficiente, pero eso no significa que esa distribución de recursos sea deseable en términos de equidad o de justicia.

También se pueden producir fallos en la asignación de los recursos desde la perspectiva de la equidad. De esta manera podríamos hablar de un fallo en la asignación si esta no se ajustase a los criterios de deseabilidad en términos de justicia que tiene una sociedad.

Acercas de cuál es la distribución deseable o correcta del bienestar hay diversas posiciones teóricas, desde la filosofía política que hemos abordado en detalle en el apartado 2.2 y que no vamos a insistir en ellas.

Hemos comprobado como el concepto de equidad no es único, y que la opinión de la sociedad se traduce mediante determinados mecanismos y puede ser cambiante en el tiempo.

Al introducir el concepto de fallos en la equidad, surgen varias cuestiones:

La primera de ellas tiene que ver con las posibilidades del Estado de lograr los objetivos propuestos en términos de equidad y paliar en esta medida los fallos del mercado.

El Estado puede contribuir a lograr los objetivos de equidad de dos maneras:(Albi el al. 2011)

Canalizando la posibilidad de una redistribución voluntaria. Realizamos los siguientes supuestos: que en una sociedad hay ricos y pobres, que el nivel de bienestar de los pobres depende de su nivel de renta, y el de los individuos ricos de su nivel de renta y del nivel de bienestar de los pobres. Además consideramos que en la sociedad existe espíritu altruista. Entonces transfiriendo renta desde un rico a un pobre, la ganancia neta de bienestar social es positiva (la ganancia de utilidad de un pobre es mayor que la pérdida de bienestar de un rico).

Si en la sociedad existen muchos individuos ricos y muchos individuos pobres, entonces la distribución de renta se convierte en un bien público puro, porque, aun siendo deseable por todos, individualmente cada rico tenderá a una posición de *free rider*, es decir, que contribuyan otros individuos ricos mejorar el bienestar de esas personas pobres.

Los individuos de mayor nivel de renta experimentan, en un primer momento, ganancia de bienestar al ver aumentar la renta de los más pobres, pero a partir de un punto, la sociedad decide seguir aplicando una política redistributiva de renta, cualquier redistribución adicional debería hacerse por medios coactivos.

Las debilidades de esta construcción teórica son dos: pueden existir individuos que no compartan la idea de que sea justo realizar redistribuciones de renta. Por otra parte, se están realizando comparaciones interpersonales de utilidad.

La segunda de las cuestiones que se plantea con respecto a los problemas de equidad y la posible intervención del Estado para resolverlos, es sobre las consecuencias en materia de eficiencia que conlleva una intervención semejante.

Ante el conflicto entre equidad y eficiencia, apelamos al segundo Teorema Fundamental de la Economía del Bienestar: *“Mediante la competencia perfecta es posible alcanzar cualquier estado óptimo en el sentido de Pareto, es decir, cualquier estado óptimo se puede asociar a un equilibrio perfectamente competitivo, dada una distribución de los recursos entre los individuos y unos determinados supuestos”*. (Sher y Pinola, 1986:651)

Es decir que la asignación será eficiente si las distribuciones de renta son neutrales. *“Se entiende por distribución neutral aquella que se limita a transferir poder de compra sin abrir divergencias entre los precios relativos por los que se guían productores y consumidores”* (Albi et al. 2011:101).

La compensación social que se realiza mediante la distribución de renta tendrá distorsiones en la eficiencia en tanto provoque una distorsión en los salarios porque pueda modificar las preferencias trabajo-ocio en el mercado laboral.

El bienestar de la sociedad se puede evaluar con una función $W=W(U_1, U_2, \dots, U_n)$, siendo U_1, U_2, \dots, U_n las funciones de utilidad individuales.

La forma que tenga esta función de utilidad responde a las consideraciones éticas de una sociedad.

Desde el punto de vista del utilitarismo, el objetivo del Estado debe promover el mayor bienestar posible para el mayor número de personas posible.

Es decir, para la filosofía utilitarista $W(U_1, U_2, \dots, U_n) = U_1 + U_2 + \dots + U_n$, siendo W el bienestar social y U_i las utilidades individuales. Por tanto maximizar U_1, U_2, \dots debe ser el objetivo del Estado.

Se trata de un criterio individualista y anónimo, pero su característica es que no tiene aversión por la desigualdad. Es decir, es deseable una sociedad con un alto grado de desigualdad si los aumentos de bienestar de los beneficiados de la redistribución, supera la pérdida de los perjudicados.

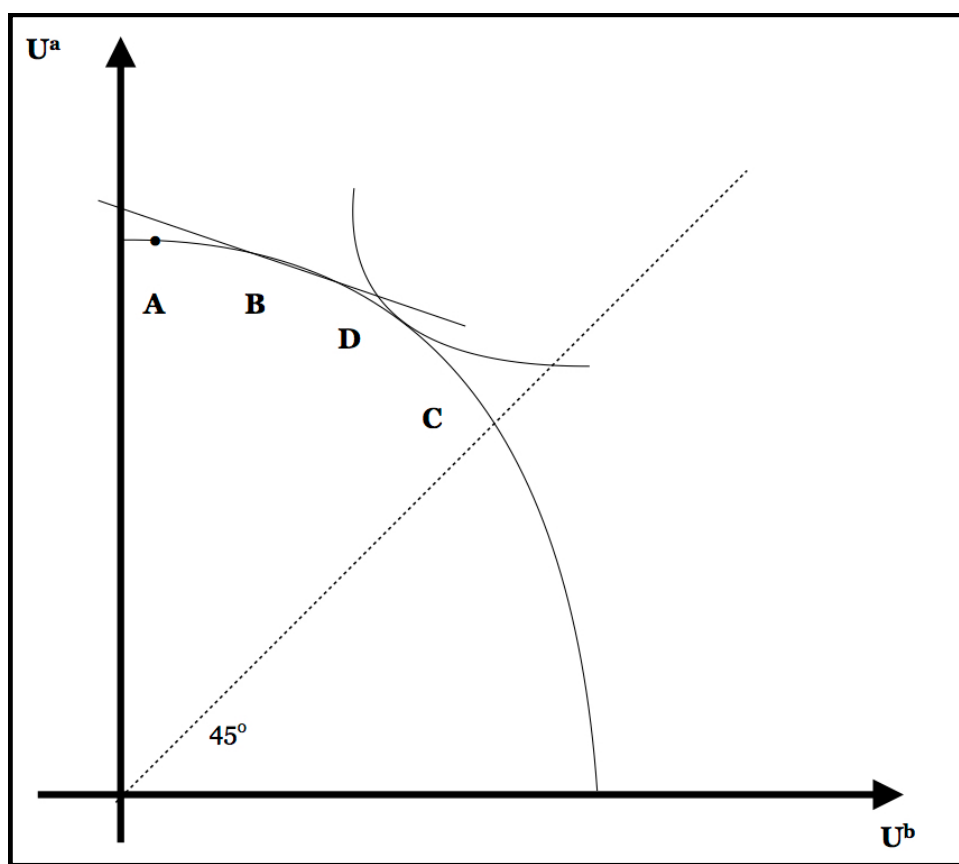
Esto es inaceptable para el igualitarismo social de Rawls (2010). Para él, los bienes deben distribuirse igualitariamente, excepto cuando esa distribución redunde en desigualdad.

Según esta premisa, el bienestar social respondería a la siguiente formulación:

$W(U_1, U_2, \dots, U_n) = \text{Min}(U_1, U_2, \dots, U_n)$. En este caso, el objetivo del Estado debe ser maximizar la expresión anterior. Es el criterio maximín, maximizar el mínimo (peor resultado posible).

La debilidad de la posición Rawlsiana radica en suponer una aversión muy grande al riesgo, sencillamente, puede que esto no sea así para todos los individuos, o que el comportamiento sea menos extremo y esta circunstancia haría modificar los resultados.

Gráfico III.3. Redistribución y postulados morales



Fuente: Albi et al.(2011)

En el gráfico III.3 visualizamos el modelo, suponemos que solo hay dos individuos, A y B, con utilidades U^a y U^b . Una posición como A sería la situación inicial de la sociedad. Bajo el criterio utilitarista, se pasaría desde A a B, mediante una redistribución asociada a la suma de utilidades individuales.

Para un igualitarista liberal, el punto óptimo estaría en C, punto en el que se produce igualdad de utilidades.

Ambos casos son extremos, es posible encontrar óptimos intermedios como el punto D. La forma de las curvas de indiferencia social, determinarán la proximidad a B o a C, a mayor convexidad, más próximo a C.

Estas concepciones de la equidad responden a una idea vertical, es decir, cómo distribuir de manera óptima entre individuos que tienen renta diferente.

Otras ideas de la equidad distinguen otro concepto: La equidad horizontal, basada en un criterio de no discriminación. Existen dos perspectivas que interpretan este concepto con diferentes matices:

La primera de ellas, exige la no diferenciación por motivo de raza, sexo o religión, pero en cambio, admite distinciones basadas en la edad, renta o preferencias. A una intervención

del Estado se le exige que los niveles de utilidad de los individuos que poseían un mismo nivel de bienestar, se mantengan después de haberse producido dicha intervención.

La segunda interpretación de la equidad horizontal entiende la renta como una medida de la capacidad de obtener bienestar, por tanto, individuos con las mismas preferencias deben gozar de igualdad de oportunidades, esto se traduce en que el acceso a la sanidad, por ejemplo, debería estar garantizado.

En último lugar, el profesor Albi señala, (Albi et al. 2011:107), que Tobin defiende el concepto de la equidad categórica. El objetivo social sería asegurar un “mínimo decente” de bienes preferentes, entre ellos la atención médica.

Desde el punto de vista económico, necesitamos verificar que la intervención del Estado está justificada. Si el mercado sanitario no es un mercado de competencia perfecta y, si se dan fallos en él que imposibilitan una asignación eficiente de los recursos o genera asignaciones inaceptables desde el punto de vista de la equidad, los poderes públicos pueden actuar para corregir esos fallos.

Pero esto solo es una condición necesaria, no suficiente. El Estado también tiene fallos, si estos fallos son mayores que los fallos del mercado, se hará desaconsejable una intervención.

Ya hemos visto en el capítulo anterior que la sanidad es un bien preferente, que genera externalidades, es decir que el beneficio social es mayor que el beneficio individual y, por tanto, el mercado por sí solo produce menos cantidad de servicios que la socialmente óptima.

3.3.2. Mercados sanitarios y sus fallos

En el capítulo anterior llegamos a la conclusión, que desde el punto de vista jurídico, el derecho a la salud es un derecho fundamental de igual manera que los derechos civiles y políticos clásicos, por tanto, es un derecho que debe ser garantizado por los poderes públicos.

Por otra parte, garantizarlo requiere una posición especialmente activa de los poderes públicos para asegurar su cumplimiento.

Hay que resolver varias preguntas. En primera instancia, si un derecho garantizable, y por tanto exigible, debe contar con un cuerpo de contenidos mínimos esenciales.

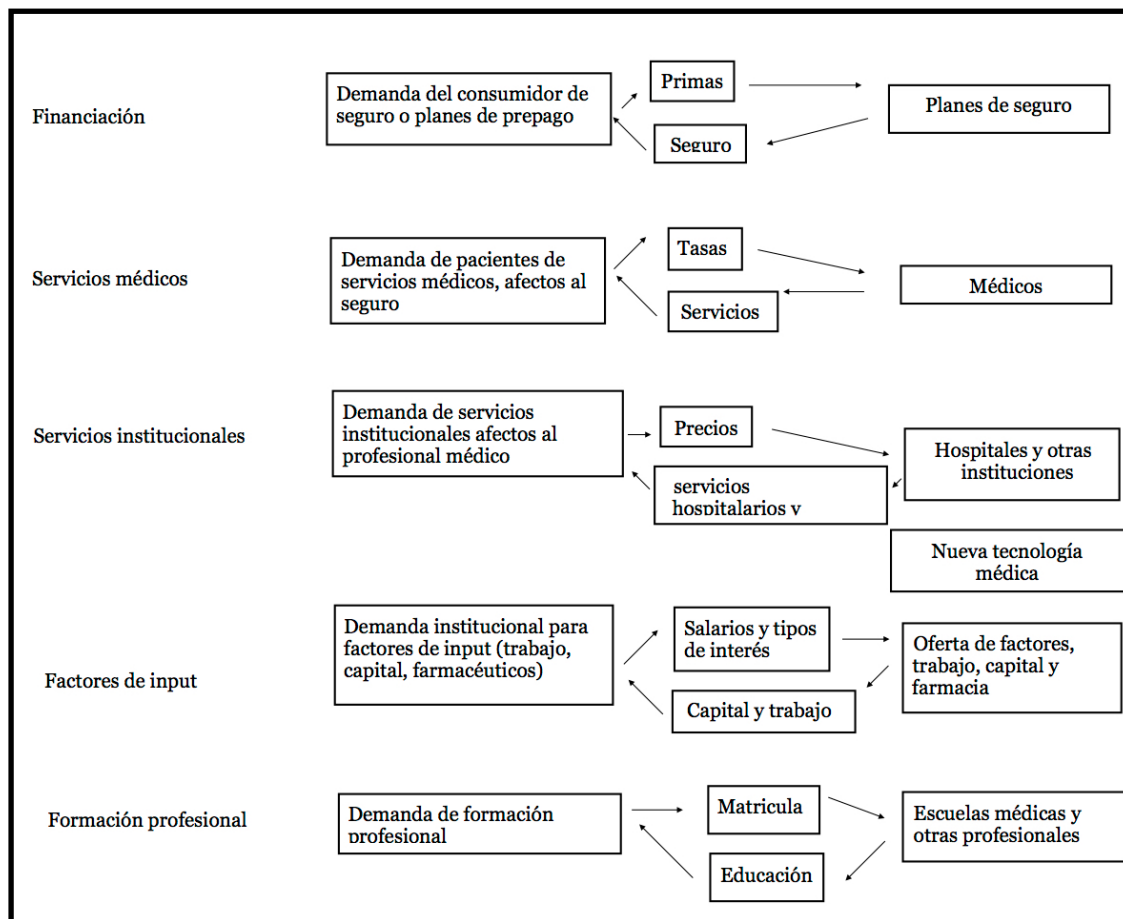
En un segundo orden de cosas, si la posición activa que deben mantener los poderes públicos se traduce en disposiciones legales de garantía o suponen que el Estado debe intervenir en el mercado sanitario si el *laissez faire* no es capaz de asegurar la satisfacción de este derecho, en términos tanto de eficiencia como de equidad.

En tercer lugar, en caso de que sí fuese necesaria la intervención del Estado, ¿en qué debe consistir y cómo debe ser?, o dicho de otra manera, ¿debemos estudiar el mercado sanitario para observar los fallos que en él se producen y, por tanto, analizar la posible intervención de los poderes públicos?. Para ello, debemos realizar algunas consideraciones previas:

En primer lugar, cuando hablamos del mercado sanitario, debemos precisar a qué nos estamos refiriendo exactamente, porque en realidad existen varios mercados relacionados con el ámbito sanitario.

Hsiao (1995) distingue cinco mercados del sector de la salud que interactúan entre sí:

Tabla III.2. Interacción entre los mercados en el sector de la salud



Fuente: Hsiao (1995)

Mercado de la financiación, mercado de los servicios médicos, de los servicios institucionales, mercado de insumos y mercado de la formación de profesionales.

Los pacientes contratan seguros médicos por la aversión al riesgo de sufrir una enfermedad. Entre las características del mercado de seguros médicos están la de poseer una demanda bastante inelástica (Padilla 1994). La calidad del servicio tiene poca importancia en la demanda del seguro médico, por la falta de información del demandante sobre la calidad del servicio médico proporcionado. Por su parte, existen importantes problemas de información asimétrica, como veremos a continuación.

Con todo ello, en España convive el aseguramiento público, que es mayoritario, con un sector de aseguramiento privado que empieza a tener unas cifras significativas. En el año

2011 la proporción de PIB dedicada a gasto en salud fue de un 9,3%, un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados.

Las aseguradoras demandan servicios médicos; este hecho conlleva varios efectos: Reducen la cantidad que pagarían los pacientes a los profesionales sanitarios, los profesionales cobran de las aseguradoras y al tiempo se establecen programas que determinan qué servicios médicos son más lucrativos.

Los profesionales determinan de esta manera las pruebas diagnósticas, los tratamientos y el resto de servicios de otras instituciones médicas. Los hospitales y demás instituciones realizan, a su vez, la demanda de insumos, de profesionales de enfermería, de tecnología o de técnicos necesarios.

La tecnología aparece como un factor exógeno que determina la demanda y la oferta. Por último, la formación de profesionales es determinante para el resto de mercados de la salud, se trata de una barrera de entrada, que establece la autoridad sanitaria para regular los estándares de calidad.

La interpelación y coordinación entre estos mercados no es sencilla, se producen fricciones, retrasos en la evacuación de unos mercados a otros y existen fallos que limitan la eficiencia y la equidad de la asignación por el mecanismo del libre cambio.

Presentan una serie de fallos que lo alejan del mercado de competencia perfecta, en ese sentido el debate se suscita sobre la ventaja comparativa adicional del sector público respecto del sector privado, pudiendo establecer mecanismos de control del gasto más eficientes.

Los fallos de mercado podemos agruparlos en siete grandes grupos:

- 1) relativos al bien o servicio que se oferta y se demanda,
- 2) relativos a la falta de "soberanía del consumidor",
- 3) a la incertidumbre de enfermar y a los costes de la enfermedad,
- 4) relativos a la asimetría de información institucional y relaciones de agencia,
- 5) relativos a la asimetría de información clínica y relaciones de agencia,
- 6) a la especificidad de activos y las barreras a la entrada y salida y
- 7) al conflicto de objetivos múltiples y no alineados.

En esta clasificación de fallos de mercado, no solo nos referimos a los fallos en la eficiencia, también en la equidad y en los elementos de justicia y ética.

a) Fallos relativos al bien o servicio que se oferta y se demanda

En la tabla III.3. presentamos un cuadro sinóptico de los fallos del mercado sanitario relativos a la naturaleza del servicio. Se trata de fallos relativos a las características de la asistencia sanitaria.

Identificamos seis apartados dónde falla el mercado, y por tanto es precisa alguna manera de intervención pública.

El primer grupo de fallos tienen que ver con cuestiones del ámbito moral-cultural de las sociedades modernas.

Posteriormente abordamos los fallos que pueden ser relativos a la quiebra de la eficiencia en el mercado, como son la existencia de bienes públicos y preferentes, a la presencia de externalidades, en lo relativo a la homogeneidad del producto y los derivados de la falta de información, tanto de usuarios, como en el ámbito profesional o del mercado del aseguramiento.

Tabla III.3. Fallos de mercado relativos al bien

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Ética y cultural: La sociedad impone preferencias. Implicación de la bioética en la toma de decisiones	Incidencia de las convicciones morales, religiosas en los tratamientos y diagnósticos.	Donación de órganos y de sangre: Son bienes públicos por decisión colectiva aunque pudiera haber mercado	Dotar de voice al paciente, frente al choice
Externalidades negativas y positivas relevantes. Bienes preferentes	Externalidad negativa. Efectos sobre la eficiencia, coste marginal social superior al coste marginal privado	Investigación médica y farmacológica. Formación de profesionales sanitarios	Externalidad positiva. Efectos sobre la eficiencia, beneficio social superior al beneficio marginal privado
Bienes Públicos	Imposibilidad de comercialización	Salud pública y control de epidemias: Bienes públicos, también vacunaciones. (vigilancia epidemiológica y protección de la salud)	
Bienes preferentes. Distorsión entre las preferencias de los individuos y la sociedad y otras externalidades menores (altruistas o caritativas)	Al alza: Subvenciones A la baja: Regulación (sanciones y coerción) y penalizaciones	La sociedad corrige al alza el consumo: Bienes preferentes o de mérito. La sociedad corrige a la baja el consumo: Bienes de demérito o daños	Al alza: Subsidios y provisión pública A la baja: Regulación (sanciones y coerción) e impuestos y tasas
Los servicios sanitarios no tienen carácter homogéneo		Ni en su calidad, ni en su finalidad	
Información asimétrica. Incertidumbre	Reduce competencia. Los precios vienen influidos por la falta de información	El servicio sanitario requiere formación y cualificación que genera un monopolio de información al profesional	Relación de agencia donde el principal es el paciente. Dificultad para prever cuando se van a necesitar los servicios médicos y qué cantidad de servicios harán falta

Fuente: Repullo (2004) y elaboración propia

En ocasiones, razones morales, éticas o culturales, hacen que algunos bienes y servicios no sean objeto de mercado. Por ejemplo, durante siglos el propio ser humano era objeto de mercancía, con la existencia de esclavitud.

Cuando se aborda la provisión de servicios médicos, hay muchas cuestiones que rozan la moralidad, e incluso entran de lleno en el campo de la ética.

Es el caso de la donación de sangre o el trasplante de órganos, son dos bienes susceptibles de haber mercado, aunque sería un mercado con fallos de eficiencia, esa no es la razón por la que la sociedad ha impedido que sea objeto de comercialización. La razón es dotar de un sistema de asignación de ambos bienes de acuerdo a la ética de la sociedad.

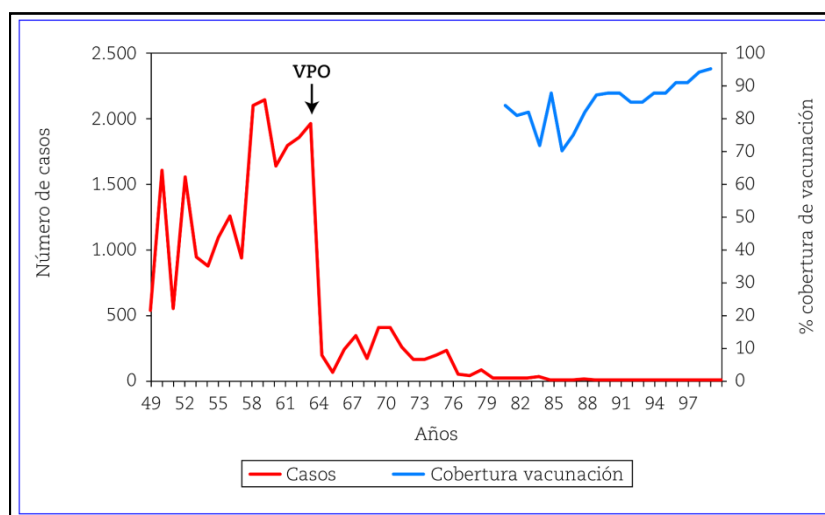
Se suele decir que los servicios sanitarios son bienes preferentes, por lo que el consumo de asistencia sanitaria puede tener una curva de utilidad social mayor que la utilidad privada, es decir existen externalidades positivas. (Gimeno, Repullo y Rubio, 2006:166) *“La asistencia sanitaria genera evidentes externalidades positivas y la no asistencia sanitaria puede generar claras externalidades de carácter negativo”*.

La posibilidad de acceder al sistema sanitario, aunque finalmente no se haga, evita la externalidad negativa de individuos productivos contagiados por enfermedades.

También existen, en contraposición a los bienes preferentes o de mérito, los bienes indeseables, ejemplos son las actitudes relacionadas con los hábitos de consumo de alcohol, drogas, tabaco o inadecuados estilos de vida, que generan externalidades negativas.

La aplicación de vacunas es un ejemplo claro de cómo se generan economías externas positivas. Se estima que la producción de vacunas en el mundo ha evitado anualmente 5 millones de muertes por viruela, 2,7 millones por sarampión, 2 millones por tétanos neonata, 1 millón por tos ferina, 600.000 por poliomielitis parálitica y 300.000 por difteria.³⁵ Solo en términos de mortalidad-morbilidad es evidente, pero esto, sin duda tiene repercusiones sobre otros mercados, como el mercado laboral, o los costes de atención sanitaria sobre enfermedades que se erradican.

Gráfico III.4. Poliomielitis: España (1949-1999)



Fuente: Centro

Epidemiología. Ministerio Sanidad Y Consumo (2000:25)

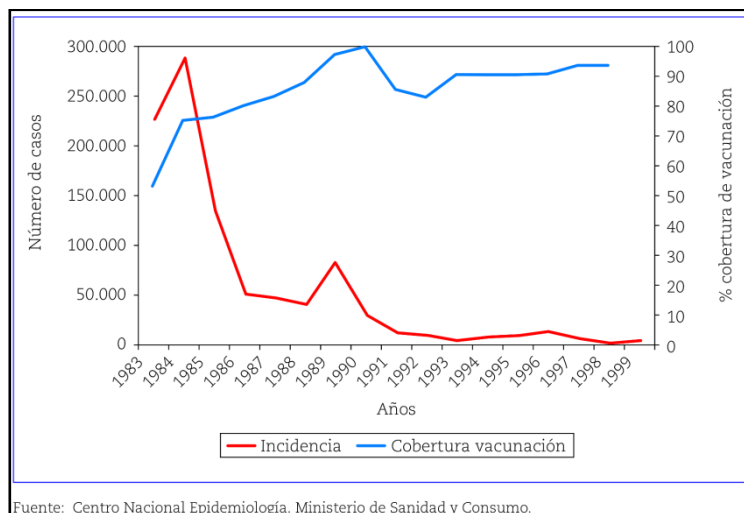
Nacional de

³⁵ Estudio seroepidemiológico. Situación de las enfermedades vacunables en España Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional Carlos III, Centro Nacional de epidemiología 2000 . Disponible en : [http://www.isciii.es/ISCIII/es\(contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/SEROEPIDEMIOLOGICO.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es(contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/SEROEPIDEMIOLOGICO.pdf)

Por ejemplo, la poliomielitis, (gráfico III.4), desde 1963 recibió el apoyo público con vacunas orales, con coberturas que se inician con el 80% para ir en aumento.

En la región de influencia europea, el último caso de poliomielitis tuvo lugar en 1998, en Turquía.(Centro Nacional de Epidemiología).

Gráfico III.5.Parotiditis: España (1983-1999)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio Sanidad y Consumo (2000:30)

La poliomielitis hoy es una enfermedad erradicada. La parotiditis, vulgarmente conocida como paperas, hasta 1985 no recibe tasas altas de inmunización. Con anterioridad a esta fecha se producía una media de 200.000 casos anuales. A partir de la campaña de vacunación se produce una disminución paulatina de los casos de contagio. Solo se aprecian dos picos, en 1989, con 83.527 casos y 1996 con 14.411. (Gráfico III.5).

La parotiditis no es una enfermedad cuya erradicación esté en los planes de la OMS, sin embargo, muchas autoridades sanitarias han decidido hacer en esfuerzo de vacunación infantil para evitar el contagio a la población adulta, que es más susceptible de complicaciones severas.

En todo caso, la innovación tecnológica ha permitido variar enormemente el menú de vacunas disponibles para atender a más enfermedades infecciosas. Este hecho ha abierto el debate acerca de qué colectivos deben vacunarse o si hay que hacerlo masivo con toda la población. Es decir, se enfrenta una actitud preventiva individual, con una actividad preventiva colectiva.

A continuación, presentamos una tabla con las tasas de prevalencia de algunas enfermedades vacunables:

Tabla III.4. Tasas de prevalencia de enfermedades vacunables

	Tasas por 100.000 habitantes		
Difteria	0	0	0
Parotiditis	17,4	23,4	8,6
Poliomielitis	0	0	0
Rubeola	0,2	0,1	0,1
Sarampión	0,8	0,5	0,7
Tétanos	0,1	0	0
Tos ferina	1	1,3	1,5

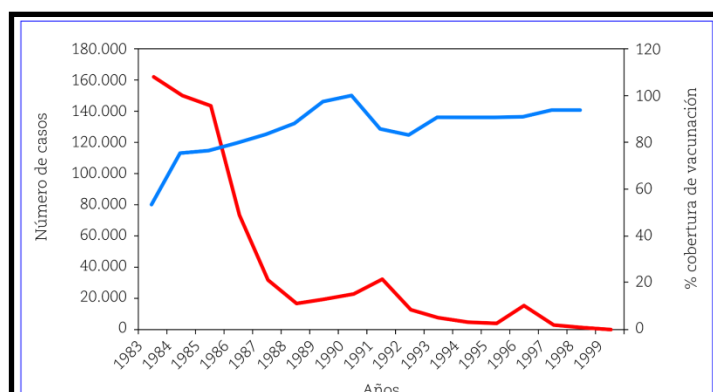
Fuente: España: Análisis del sistema sanitario (2010)

Desde 1987 no se registran casos de difteria, ni de poliomielitis desde 1988. El nivel de inmunización de los niños para algunas enfermedades alcanza el 100%. El sarampión tiene una incidencia de 7 casos por millón de habitantes, aunque ha caído en un 55,6% entre 1995 y 2008.

Las paperas tienen una incidencia de 8 casos por millón de habitantes, pero el resto de enfermedades las cifras están en torno a un caso por millón.

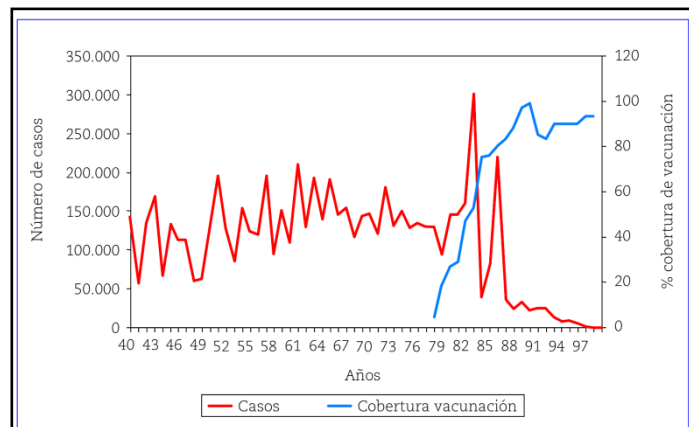
La efectividad de las campañas de vacunación es innegable, hasta el punto de llegar a erradicar algunas enfermedades como la rubéola o el sarampión. (Gráficos III.6 y III.7).

Gráfico III.6. Rubéola: España (1983-1999)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo (2000)

Gráfico III.7.Sarampión:España (1940-1999)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo

Hemos comprobado la importancia de una campaña de vacunación no solo en términos individuales, sino su efecto sobre terceros. En el cuadro observamos la incidencia en la prevalencia de algunas enfermedades contagiosas, que guarda relación directa con las campañas de vacunación.

Entre las economías externas positivas incluimos la investigación médica y la formación de profesionales, ambos son inputs del sistema sanitario. En el caso de la investigación médica clínica y tecnológica o farmacológica, se intenta corregir mediante el uso de patentes o subvenciones públicas.

Otro caso de externalidad positiva de la asistencia sanitaria tiene que ver con factores morales. Para una persona caritativa se deriva en una satisfacción cuando sabe que un enfermo pobre y sin seguro médico es atendido de su enfermedad, se inspira su filantropía y con ello su satisfacción personal. Por otra parte, como hemos indicado anteriormente, en este caso, la propia redistribución de renta que supone la asistencia sanitaria se convierte en un bien público puro.

También hay determinados servicios para el cuidado de la salud que son bienes públicos puros. En efecto, no todos los servicios sanitarios son bienes preferentes, hay una parte de ellos que son bienes públicos puros, en especial los servicios de Salud Pública y Epidemiología.

El ámbito de la Salud pública es muy amplio, desde el control del agua potable, de las condiciones higiénicas y alimentarias de los establecimientos de aforo público, la educación para la salud, el estudio de los determinantes de salud, al control y la vigilancia epidemiológica y protección de la salud.

Todo ello son cuestiones imprescindibles para mejorar la vida saludable de las personas, pero tiene las características de bien público, por lo que su satisfacción por el mercado es inviable.

Otro de los fallos más importantes y característicos del mercado de asistencia sanitaria son los problemas con la información.

La información incompleta puede llevar al consumidor a no maximizar la utilidad de sus actos. Los consumidores no conocen todas las alternativas.

Puede desconocer los precios de otros agentes para una misma cantidad de servicio, ignorar si existen sustitutivos perfectos al bien o servicio que va recibir. Puede tener un conocimiento distorsionado por campañas engañosas de publicidad o también puede ocurrir que solo tenga una información superficial sobre las propiedades del bien a consumir.

En la asistencia sanitaria, el paciente compra, en gran medida, los conocimientos técnicos del médico, pero no es capaz de valorar por sí mismo la capacitación del facultativo. Se trata de una relación de agencia, donde el principal es el paciente y se genera un poder de monopolio del médico, (Hsiao 1995).

En definitiva, la incertidumbre en la consecuencia de la falta de información. Está presente en la práctica profesional, por ejemplo, cómo interpretar señales y síntomas con las enfermedades, conocer qué expectativa puede tenerse de una prueba diagnóstica, prever las consecuencias de un tratamiento farmacológico, o las consecuencias de su no aplicación. La medicina no es una ciencia exacta, por tanto está sujeta a incertidumbre.

b) Fallos relativos a la falta de “soberanía del consumidor”

En ocasiones se ve menoscabada la soberanía en la toma de decisiones del paciente. Las razones son varias, siendo la más común, la falta de información o la información inadecuada por incluir sesgos.

Repullo (2009) establece cinco grupos de patrones en los que se presenta una conducta “irracional” de los consumidores.

Tabla III.5. Fallos relativos a la falta de soberanía del consumidor

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Alteraciones en la información	Problemas de valoración de costes y utilidades	Asistencia sanitaria, pruebas diagnósticas	1.-Problemas de valoración de costes y utilidades. 2.- Manejo irracional de probabilidades. 3.-Influencia de personas y fuentes
Distorsiones provocadas por el contexto	Configuración por defecto de las decisiones (donación de órganos)		Contexto temporal Marketing como inductor de conductas
Fallos en los mecanismos lógicos	Falacias lógicas, que no respetan una regla lógica	Bienes tutelares por urgencia en la prestación de servicios (emergencias médicas)	Miopía del futuro Problemas de maduración y aprendizaje
Condicionantes en el uso de mecanismos lógicos			Problemas de decisión condicionados por aspectos afectivos, inercia y adicción. Racionalidad limitada Pulsión de simplificación
Influencia de valores y creencias			Redes sociales, imitación y normas. Pluralidad y conflicto en los esquemas preferenciales.

Fuente. Repullo (2009)

Las alteraciones en la información tienen que ver con la dificultad para valorar los costes de los procesos médicos y evaluar los resultados ex ante. Incluso los profesionales desconocen en muchos casos el gasto que conllevan sus decisiones, tampoco están obligados a conocer los recursos que recibe el hospital por la prestación de sus servicios.

La soberanía del consumidor es débil a la hora de decidir qué servicios médicos debe comprar, para muchos consumidores hay una laguna en cuanto al conocimiento médico que necesitan para tomar sus propias decisiones. (Hsiao 1995:132).

El consumidor-paciente pierde soberanía, que es delegada a quien tiene más información sobre su enfermedad y sobre la terapia a aplicar.

También ocurre que los precios son muchas veces utilizados como indicadores de calidad, identificando precios elevados con mayores niveles de calidad, y esto genera una distorsión que hace fallar el mercado.

En segundo lugar, los problemas cognitivos derivados de la interpretación errónea de los datos generan fallos en la percepción y en la consecuente toma de decisiones. No es lo mismo aventurar que el número de casos de SIDA detectados en el año 2008 fue del 0,248%, que si decimos que cada dos días se diagnostica un nuevo caso de SIDA. El impacto de la información es absolutamente diferente.

La valoración de utilidades, es decir los beneficios de la intervención o el tratamiento respecto a sus consecuencias o la relación entre la valoración de utilidades y la interdependencia entre los seres humanos afectados, son ejemplos de problemas de información en la valoración de costes y utilidades.

Asimismo los individuos están expuestos a la influencia de personas y otras fuentes que influyen en su percepción de la realidad, es el caso de personas conocidas públicamente.

Una segunda categoría de fallos por comportamientos irracionales es el contexto en que se produce un hecho. La coyuntura temporal puede ser determinante, por ejemplo, no es igual una campaña de control alimentario en plena crisis de la gripe aviar, o de las vacas locas que uno realizado en otro momento.

El tercer grupo que identifica Repullo, son los fallos en los mecanismos lógicos, destacando el que consiste en la dificultad para valorar en términos presentes el beneficio futuro.

La inercia, las adicciones como la ludopatía, la racionalidad limitada o la tendencia a simplificar los procesos de toma de decisiones engloban la cuarta categoría.

En quinto y último lugar, la influencia de las redes sociales, o los conflictos éticos frente a las preferencias individuales, generan distorsiones en el mercado.

c) Fallos relativos a la incertidumbre de enfermar y sus costes

La información asimétrica hace referencia a una transacción en la que una de las dos partes recibe más información que la otra.

La parte menos informada puede ser consciente de que dispone de menos información que la otra parte, por ello puede hacer inferencias a partir de las acciones de la parte informada.

En la tabla III.6 se reflejan las tres situaciones en que se produce fallo de mercado si tenemos en cuenta la incertidumbre ante el riesgo de enfermar, sobre qué enfermedades se pueden contraer y cuáles pueden ser los costes de la atención sanitaria necesaria.

En primer lugar, analizamos la asimetría de información en el mercado de la financiación (aseguramiento) desde diversos ángulos.

En primer lugar, la incertidumbre sobre las posibilidades de padecer una enfermedad, a continuación la asimetría de información del asegurado respecto al asegurador y los comportamientos tanto de uno como de otro que acaban en fallo de mercado.

Tabla III.6. Fallos relativos a la incertidumbre de enfermar

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Riesgo de incurrir en costes importantes o catastróficos e incertidumbre ante la probabilidad de que esto suceda	Riesgo moral del lado de la empresa, la reputación como rehén y elemento disuasorio del engaño	Respuesta racional: Mercados de aseguramiento, pago prospectivo: sanos financian a enfermos	Conjunción de riesgos en grupos poblacionales
Asimetría de información entre asegurado y asegurador (oportunismo ex ante)	Políticas de aseguramiento obligatorio o integración de seguros grupales		Selección adversa, tendencia de los alto riesgo a asegurarse y los bajo riesgo a salirse
Asimetría de información entre asegurador y asegurado.	Selección de riesgos, para minimizar alto riesgo y maximizar bajo riesgo.		
Oportunismo ex post del asegurado	Costes compartidos y delimitación del catálogo de prestaciones		Riesgo o abuso moral; uso excesivo e inapropiado al recibir servicios con coste cero o bajo e el momento de uso

Fuente: Elaboración propia

Cuando se contrata un seguro de vida o de salud, es altamente probable que nosotros sepamos más sobre nuestra salud, los factores genéticos que pudieran tener incidencia en nuestra salud o nuestros hábitos de vida que la propia compañía de seguros. (Katz, Rosen y Morgan, 2007). De hecho, *“la respuesta de la gente a la simple pregunta de ¿consideras tu salud excelente, buena, regular o mala?, predice con mayor exactitud que un examen médico riguroso quien vivirá o morirá en la década siguiente”*(Goleman, 1991).

Cuando las dos partes del mercado tienen la misma información, limitada y simétrica, o lo que es lo mismo, no tienen información perfecta pero ninguno tiene mayor información que el otro, no hay problema, se produce mercado y equilibrio eficiente.

Si las dos partes conocen los riesgos a los que se enfrenta un individuo, tampoco hay problema. La compañía de seguros ofrecerá pólizas diferentes a las personas según sean más o menos proclives al riesgo.

Pero la incapacidad para tener información exhaustiva sobre la salud del paciente les obliga a calcular primas en función del riesgo promedio de toda la población.

Los riesgos altos se aseguran en mayor porcentaje que los riesgos bajos.

El riesgo moral es una ineficiencia que tiene como consecuencia un aumento de las primas del seguro. Shavell (1979) llegó a la conclusión de que la aplicación de deducciones en las primas reduce el riesgo moral *ex ante*.

La única situación en que las personas reacias al riesgo se ven obligadas a asumirlo es cuando la información es asimétrica. (Katz et al. 2007).

El riesgo moral se produce cuando aumentan los gastos reembolsados que se generan por el hecho de tener un seguro. Es así por la relajación del individuo ante la prevención de contingencias.

Se produce oportunismo *ex ante* cuando la información asimétrica es consecuencia del grado de conocimiento que tiene una de las partes de la transacción sobre sí misma y es desconocido por la otra.

La selección adversa se produce siempre que, en un mercado con información asimétrica, la parte mejor informada se autoselecciona, perjudicando de esta manera a la parte menos informada. Una de las cuestiones que se plantean es si se produce un fenómeno de contratación de pólizas de mayor cobertura por pacientes más enfermos. Cardon y Hendel (2001) realizan un estudio empírico en el que no encuentran evidencias de información asimétrica entre la contratación de seguros de salud según la cobertura y la demanda de cuidados sanitarios.

Sin embargo, proponen un argumento para explicar la brecha entre el gasto en cuidado sanitario que existe entre asegurados y no asegurados: Las grandes empresas contratan paquetes de seguros sanitarios con importantes reducciones en precio, se produce la expulsión por la vía subida de precios de contratación de la póliza para pequeños empleadores y consumidores individuales.

Ante la selección adversa se puede optar por la señalización. Pero aquí se nos presenta un nuevo problema, desde el punto de vista de la eficiencia. Se trata de considerar si un examen médico previo resuelve la selección adversa.

Ciertamente las aseguradoras pueden intentar la señalización como mecanismo para evitar la selección adversa que se produciría. La tendencia de la demanda de alto riesgo es creciente y la tendencia de la demanda de bajo riesgo es salirse del mercado.

En este caso, las relaciones económicas han de diseñarse de forma que se transfiera información desde la parte informada a la parte no informada.

Por un lado, la compañía conoce qué clientes son de alto riesgo, por otra parte, carece de valor social, dado que el examen no da lugar a un incremento de excedente social ya que impiden que contraten un seguro personas con alto riesgo. (Katz et al. 2007).

Si se produjese, por ley, la prohibición de señalar mediante un reconocimiento previo, volvemos al problema de la selección adversa. Las aseguradoras podrían negarse a contratar pólizas o podrían aumentar desorbitadamente las primas.

Si la información asimétrica se produce porque una parte de la relación económica realiza acciones que la otra no puede observar, se dice que estamos ante una acción oculta.

Aquí se produce el oportunismo *ex post* que indicamos en la tabla anterior. Por ejemplo, las prácticas no saludables, como alimentación no equilibrada, consumo de tabaco o alcohol, sexo sin protección constituyen acciones que aumentan el riesgo de enfermedad difícilmente controlable por la compañía aseguradora. Estamos ante el riesgo moral.

Uno de los problemas del riesgo moral es que el asegurado va a tener un nivel bajo de cuidados si no es posible que el asegurado conozca cuál es su nivel de cuidado real.

Esto es así porque la tendencia de la aseguradora es subir las primas considerando que todos sus asegurados tienen un nivel bajo de cuidados, por tanto, el demandante de un seguro de salud, pagará la misma cantidad de póliza independientemente del grado en que cuide su salud.

En este caso, las relaciones económicas deberían ser diseñadas de forma que se articule un sistema de incentivos y de que el asegurador pueda tener determinados controles que le informen sobre como cuida su salud del demandante.

El coaseguro, (copago), parte de la base de que una persona va a mitigar el problema del riesgo moral si tiene que hacer frente a una parte de su asistencia sanitaria.

Existen dos modalidades:

- 1.- El coaseguro, consistente en el abono de un porcentaje por cada acto médico realizado.
- 2.- La franquicia, sistema por el cual el asegurado paga los primeros gastos hasta un límite fijado.

Pero el coaseguro y la franquicia no eliminan el riesgo moral. Las razones son dos:

El riesgo moral no se elimina en tanto que la tasa de coaseguro o la franquicia no es del 100%. En segundo lugar, cuando las tasas de coaseguro o de franquicia son positivas, el demandante tenderá a no asegurarse por completo. (Katz et al. 2007) .

Si el estado de salud fuese observado con exactitud por el oferente se tendería a expulsar del seguro a los individuos con peor salud o con enfermedades más graves y, por tanto, más costosas. Los avances en el sistema de diagnóstico hacen cada vez más difícil la posibilidad de asegurar con anterioridad a conocer los riesgos (Colell 1994, también Corugedo 2005). Los procesos de señalización son cada vez más precisos.

Por su parte, el aseguramiento obligatorio genera el problema del riesgo moral, las compañías aseguradoras carecen de mecanismos para reducir el coste de las actividades que disminuyen riesgos para la salud, o para incrementar las pólizas cuando se producen hábitos de riesgo. (Stiglitz 1994).

Para Ortún y del Llano (1998) el aseguramiento público evita la selección adversa y facilita la objetivación del daño por las dos partes implicadas.

Los problemas de selección adversa y de daño moral son dos de los argumentos que más pesan a la hora de determinar la posible intervención de los poderes públicos en el mercado sanitario.

d) Fallos relativos a la asimetría de información institucional y relaciones de agencia

Tabla III. 7. Fallos relativos a la asimetría de información institucional			
Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Asimetría del paciente frente a hospitales y otros centros y servicios sanitarios	Fácil abuso: sesgo en evaluar la cantidad necesaria y la calidad de los servicios: Regulación y provisión de información		Voice: Empoderamiento y participación de los pacientes Choice: capacidad de retar el dominio de los proveedores “votando con los pies”
Asimetría del financiador ante los hospitales y otros centros y servicios sanitarios	Sistemas de acreditación; interés de hospitales en situar la comparación y competición mutua en estándares validados		Regulación del asegurador Mecanismos contractuales y de revelación de información

Fuente: Elaboración propia

En este caso la asimetría de información afecta a la relación del paciente con otro mercado, el mercado de servicios institucionales entre hospitales y otros centros sanitarios.

Los precios se resistirán a la baja ante la posibilidad de que un paciente potencial piense que un médico cobra barato porque no tiene muchos clientes y que esto sea consecuencia de su falta de calidad profesional. (Gimeno, Repullo y Rubio 2006).

No obstante, la determinación de los precios viene condicionada por la propia heterogeneidad de los servicios médicos, de hecho, profesionalmente se compete mediante la diferenciación del producto. Cuanto más especializados son los servicios, mayor es el monopolio de información por parte del prestador de servicios.

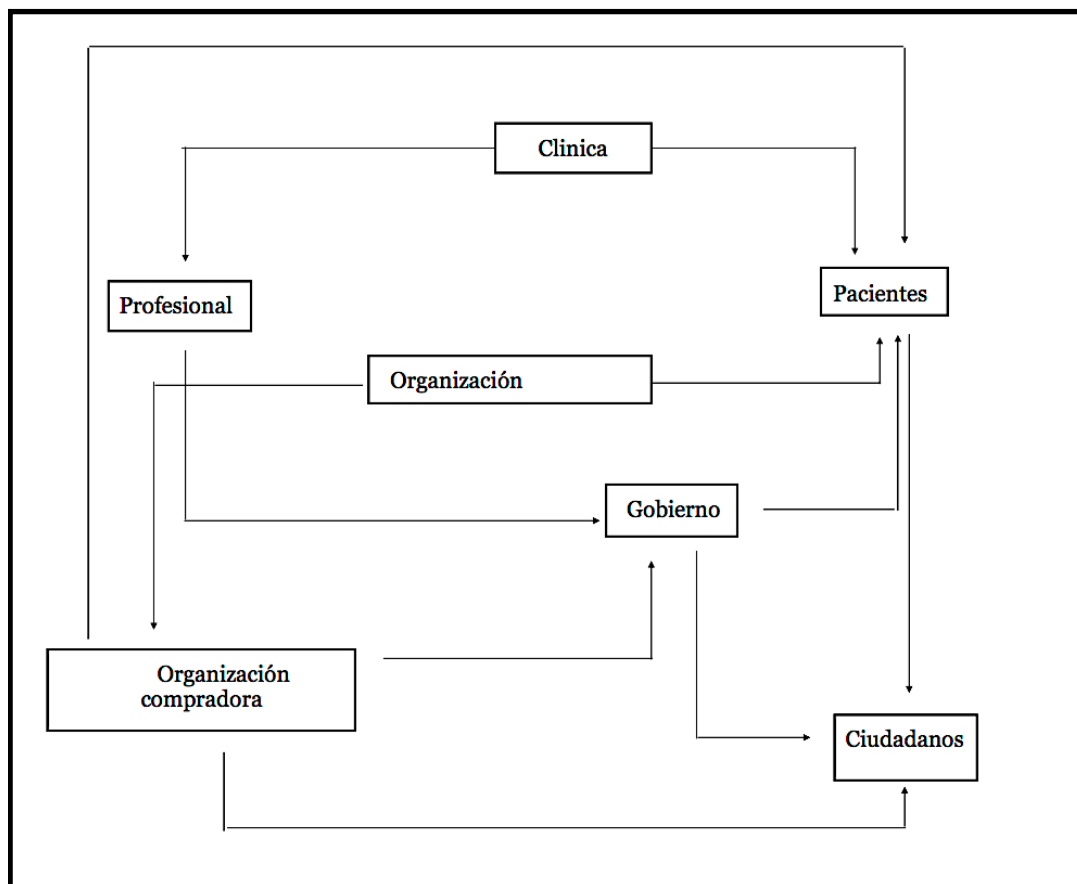
También existe asimetría entre el asegurador y los centros sanitarios prestadores de servicios.

e) Fallos relativos a la asimetría de información clínica y relaciones de agencia

El quinto grupo de fallos del mercado engloba los que se derivan de información asimétrica de conocimiento clínico y las relaciones de agencia. (Tabla III.8).

Las relaciones de agencia en el mercado de la salud son múltiples y cruzadas. Repullo propone el siguiente gráfico (gráfico III.8):

Gráfico III.8. Relaciones de agencia en el mercado de la salud



Fuente: Smith et al (2008)

Tabla III.8. Fallos por asimetría de información clínica

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Asimetría del médico en relación al paciente (relación clínica de agencia)	Muy fácil abuso; demanda inducida por la oferta; regulación profesional y deontológica y sistema de incentivos contractuales (modular el pago por acto en favor de otras alternativas)	Investigación evaluativa y gestión del conocimiento para establecer y difundir la evidencia científica y de mejores practicas	Regulación de responsabilidad penal y patrimonial, y sistemas de seguro de mal praxis
Asimetría del médico ante el hospital y sus empleadores (relación de agencia organizativa)	Fácil abuso; tendencia a proveer servicios de acuerdo a estructura de incentivos; sobreprovisión o infraprovisión. Regulación contractual y laboral. Consolidación del modelo de encuestas a los profesionales para crear un benchmarking	Gestión de la información para facilitar amplia comparabilidad en la red	Gestión clínica para delegar en autoorganización profesional la consecución de fines y objetivos pactados. Consolidación del modelo de encuestas a los usuarios de los servicios sanitarios para evaluar el grado de satisfacción

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a las delegaciones del principal al agente, comprobamos que son complejas.

Desde el punto de vista del paciente, delega de una parte en el profesional médico, de otra, en el Estado, como órgano financiador mediante el aseguramiento público. De este modo, el Estado recibe la encomienda de tres responsabilidades: La recaudación, la contratación y la regulación del sistema.

La regulación entendida en su espectro más amplio, desde la formación y habilitación de un profesional para el ejercicio, hasta la regulación de los mercados de la salud y sus interconexiones.

A su vez el Estado delega la toma de decisiones clínicas, diagnósticos y procedimientos en los centros proveedores de servicios sanitarios para que estos terminen delegando en los profesionales sanitarios.

El origen de toda esta cadena de relaciones de agencia se encuentra en la asimetría de información.

Esta falta de información (Urbanos Garrido 2008), se traduce en que los individuos carecen de información previa y toman sus decisiones en función de otros parámetros, como la experiencia previa, la fama o prestigio de los profesionales, o incluso el marketing como hemos señalado con anterioridad.

Sin embargo, la relación paciente-médico está adquiriendo una nueva dimensión en la actualidad.

Cuando se recurre a la ya clásica frase de que el paciente debe ser el eje y el centro del sistema, más allá de un buen objetivo a conseguir o una declaración hermosa de intenciones, se plantean muchas y nuevas cuestiones.

El Dr. Mike Magee puso de manifiesto en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Helsinki en el año 2003, que en 10 años los pacientes se sienten más capacitados y confiados para hablar con su especialista. Además, añadió que solo una minoría definió la relación médico-paciente como autoritaria y/o paternalista (20% en UK, 17% EEUU, 16% en Sudáfrica, 13% en Alemania y 12% en Japón).³⁶

Un elemento que también afecta a la soberanía del paciente es la salud como derecho subjetivo, ampliamente abordado en la primera parte de este trabajo. Sin duda la salud como derecho subjetivo y fundamental, protegido por el sistema jurídico otorga soberanía, en tanto es una salvaguarda ante la posible arbitrariedad de una administración o un tercero.

Por otra parte, el paciente no es un individuo aislado, sus propias expectativas están relacionadas con su vinculación a colectivos de usuarios con los que comparte conocimientos y experiencias. (Sánchez Caro 2005).

Tradicionalmente, la argumentación sobre si la relación clínica giraba en torno al médico, se fundamentaba en la idea filosófica de que el médico era el que restauraba, mediante la sanación del paciente, el equilibrio con la naturaleza. Esta idea subyace en los códigos deontológicos y posteriormente es incorporada al ordenamiento jurídico.

³⁶ Mike Magee es director del programa de humanidades médicas de Pfizer

Sin embargo, un nuevo argumento viene a imponiéndose en los últimos tiempos, se trata del principio de autonomía en la relación clínica.

No siempre se ha considerado fundamental el criterio del paciente en el auxilio a morir o en la experimentación con seres humanos. La Ley centra el problema en el consentimiento y la información.(Sánchez Caro 2005).

Depende de donde resida la autonomía, las consecuencias son diferentes. Si reside en el médico, su objetivo será el bienestar del paciente según los códigos deontológicos, independientemente de la voluntad del paciente (principio de beneficencia). En el caso de un testigo de Jehová se transfundirá la sangre. Puede suceder, en este caso, que las creencias religiosas o éticas del médico sean influyentes. Por ejemplo, en el caso de un médico católico antiabortista, es probable que consciente o inconscientemente pueda influir en el sentido de su creencia la solución propuesta.

Sin embargo, si la autonomía reside en el paciente, la información clara, entendible se sitúa como prioridad, en este caso el paciente puede rechazar la transfusión de sangre.

Dos modelos, por tanto: un modelo vertical en el que la autonomía la tiene el profesional y la prioridad es el bienestar del enfermo, y un segundo modelo, horizontal, donde la prioridad es la información y la autonomía reside en el paciente. (Sánchez Caro 2005).

Efectivamente, la conducta de los seres humanos no obedece en muchas ocasiones a la lógica económica de maximización de utilidades.

Directamente relacionado con el problema de la información asimétrica se encuentra el concepto de la demanda inducida por la oferta (SID). Esta teoría tiene como fundamento el hecho de que como la información reside en mucha mayor proporción en el profesional sanitario puede hacer uso de ese mayor nivel de información para influir en la demanda. (Corugedo 2005:238-240).

Demanda inducida es aquella que sobrepasa la que realizaría un paciente si dispusiera de la información necesaria para no tener que delegar las decisiones médicas.

Una de las decisiones que afectan directamente a la demanda del paciente y es tomada en exclusividad por el facultativo es la prescripción de una medicación e incluso la posología de la misma. Es evidente que eso hace aumentar la demanda, incluso en la circunstancia de una subida en el precio del fármaco.

Otro ejemplo de demanda inducida puede ser una campaña de lanzamiento de un medicamento publicada en revistas médicas especializadas.

La controversia se origina en el punto de cómo superar el problema que plantea el SID, si por la vía de mejorar el nivel de información del paciente, o por la vía de los mecanismos de control sobre la oferta, (Reinhardt 1989). En este dilema, Reinhardt se inclina por la regulación como una opción de política sanitaria.

En cuanto a la evidencia empírica de la existencia de demanda inducida por la oferta, Wilensky y Rossiter (1981, 1983) proponen un método, que diferencia entre visitas a pacientes-iniciados y facultativos-iniciados. A juicio de (McGuire, Henderson y Mooney, 2000), en estas condiciones de demanda de asistencia sanitaria y después de una iniciación informativa del médico al paciente no es posible distinguir entre demanda inducida y no inducida.

En lo que se refiere a las variaciones de precio asociadas a las variaciones que se producen en la oferta, y posteriormente en la demanda, están más bien relacionadas con la elasticidad de la demanda.

Bradford y Martin (1995) llegan a la conclusión de que el incentivo al aumento de la demanda no es significativo estadísticamente. En cambio, las áreas con mayor densidad de médicos estimulan una calidad alta del servicio asistencial.

Evans (1974) analiza la poca variabilidad del ingreso de los médicos a pesar de la diversidad de prácticas realizadas por unos y por otros. Fuchs y Kramer (1972) analizan la tendencia de los médicos a instalarse laboralmente en zonas mejores. Richardson (1981) elabora un modelo en que la utilidad de los médicos se maximiza teniendo en cuenta los ingresos de los pacientes, pero rechaza que exploten su poder de inducción.

Por su parte, Sloan y Feldman (1988) dudan del fenómeno de inducción de la oferta.

Se han realizado diversos estudios sobre SID, pero se han obtenido resultados diferentes y en algunos casos confusos.

Cutler, Skinner, Stern y Wennberg (2013) han revisitado el efecto de la demanda inducida por la oferta en el mercado sanitario confirmando el escaso papel que juega: *“Si bien hay una gran cantidad de variación regional en el gasto médico y en la utilización de servicios en los EEUU y en otros lugares, hay poco acuerdo sobre las causas de dichas variaciones. ¿Surgen de la variación en la demanda del paciente, de la variación en el comportamiento médico, o de ambos? En este trabajo, se encontró que la demanda del paciente, medida por las respuestas a una encuesta nacional, tiene una asociación productiva modesta con los gastos del final de la vida”*. (Cutler et al. 2013:26)

Cada vez es más numerosa la introducción de juicios de valor no técnicos, véase como ejemplos la decisión de aplicar tratamientos terapéuticos, o determinadas pruebas diagnósticas, considerados normales en un paciente cualquiera, pero aplicados en este caso a un paciente de edad muy avanzada, o qué es lo que se debe decir a pacientes a los que se les comunica que son enfermos de cáncer, la incidencia de creencias religiosas, en caso de la interrupción voluntaria del embarazo, o en el caso de un paciente testigo de Jehová que no admite transfusiones de sangre.

Se plantean problemas como ¿debe primar la verdad hasta el caso de causar un daño innecesario?, o ¿Hay que preservar la vida aun en contra de la voluntad del paciente?, o la controversia que puede surgir de la sedación en cuidados paliativos.

Si bien, aquí la información asimétrica genera problemas que rayan con la soberanía del paciente, vista en la tabla 3, también toca de lleno la asimetría clínica y plantea donde deben estar los límites, y si debe haberlos a la relación de agencia. (Sánchez Caro 2005)

f) Fallos relativos a la especificidad de activos y las barreras a la entrada y salida

En la tabla III.9 observamos fallos del mercado correspondientes con barreras de entrada o salida.

Las barreras de entrada pueden ser de tipo legal, para la acreditación de haber obtenido una titulación, una licencia en un medicamento o para abrir un centro sanitario. Pueden

ser de tipo espacial, distancia a una consulta, barreras económicas, por ejemplo, un mercado es tan reducido que solo permite que haya un oferente.

En los mercados sanitarios son típicos los monopolios en zonas de baja densidad poblacional, mercados incompletos para ciertos seguros, racionalidad individual que fracasa en situaciones tipo “dilema del prisionero” que exigen cooperación, así como fallos en relación a la equidad. (Ortún y del Llano 1998).

Tabla III.9. Fallos relativos a las barreras de entrada y salida

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Activos altamente específicos; instituciones (hospitales), tecnologías, y profesionales. Patentes y licencias	Provisión pública para integración eficaz de servicios, o regulación (marco de planificación pública) carta de necesidad y autorización previa	Grandes costes de transacción para la asignación por el mercado	Territorialización de la oferta, compatible con amplia capacidad de elección; equidad en acceso geográfico
Economías de escala	Costes marginales decrecientes		
Monopolio por razones espaciales	En zonas rurales o de baja densidad		
Dificultad de entrar por barreras tecnológicas y humanas	Monopolios de oferta; y regulación para evitar su instalación o para modular su poder y captura del regulador		
Dificultad para salir, por barreras políticas y sociales	Consolida monopolios de oferta; alianzas contra el regulador o el asegurador entre hospitales, médicos, pacientes y medios de comunicación		

Fuente:Elaboración propia

Hay razones de economías de escala que consolidan una posición de poder de mercado. Con costes marginales decrecientes solo perviven las de mayor dimensión. Por razones tecnológicas se puede producir cuando existe dificultad para acceder a una determinada tecnología.

“Una característica de los mercados privados de servicios sanitarios es que los tratamientos hospitalarios tienen características de monopolios naturales porque requieren un coste fijo considerable, por ejemplo el coste de la tecnología médica avanzada” (Albi et al. 2011:322).

Ya hemos expuesto con anterioridad que el médico goza de una posición monopolística respecto al paciente por la asimetría de información, tiene el monopolio del conocimiento. Esta posición le permite discriminar precios entre distintos servicios y entre unos pacientes y otros. (Gimeno et al. 2006:125-131). La discriminación de precios es posible porque una de las condiciones necesarias es la imposibilidad de revender el producto, y esta circunstancia se da en el mercado sanitario.(Corugedo 2005:184).

La negociación de unos pocos centros oferentes con las grandes compañías es una negociación entre un oligopolio y un oligopsonio.

Los oferentes sanitarios actúan en un sistema mayoritariamente público, por tanto las interacciones con el sector no lucrativo y las restricciones a la competencia son evidentes.

Para Gimeno et al. (2006), existen varias dificultades. Puede ser difícil discernir si el oferente es el asegurador-financiador, público o privado, el centro sanitario o los profesionales sanitarios, dando algunos ejemplos.

“El hecho cierto es que las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio de los centros y del sistema sanitario las toman los médicos y enfermeras en el acto asistencial (...) Esto hace que los profesionales sanitarios sean los gestores directos de la mayor parte de las dos terceras partes del gasto en bienes y servicios. Se podría decir entonces que son el peso fundamental de las decisiones de los oferentes del sistema.” (Gimeno et al 2006:115).

Por otra parte, en países con un sistema sanitario de cobertura pública universal o que alcanza a sectores mayoritarios de la población, se produce la convivencia con el sector privado que llega a tener pesos muy representativos en el conjunto del sector.

En España, según Hidalgo (2005), existen 135 entidades de seguro médico, con más de 6.000.000 de asegurados, solamente los 5 primeros grupos representan casi el 70% del mercado.

Si utilizamos las definiciones empleadas en la antigua RFA por su Federal Cartel Office, el poder de mercado existe cuando una única empresa controla un tercio o más del mercado relevante, o en el caso del oligopolio, cuando tres o menos empresas tienen una cuota de mercado superior al 50%, o alternativamente, cuando cinco o menos empresas tienen una cuota de mercado combinada de 2/3 del total del mercado.

g) Fallos Relativos al conflicto de objetivos múltiples y no alienados

En la tabla III.10 se refleja cómo los diferentes entes tienen objetivos y expectativas que no están necesariamente alineadas, y pueden ser claramente divergentes.

El paciente busca optimizar sus oportunidades individuales de salud, y para ello cuenta con una alianza muy sólida con su médico, vínculo consolidado por la ética hipocrática. Sin embargo, las instituciones buscan satisfacer sus propios objetivos organizativos tales como el lucro si es un centro privado, o un conjunto de complejas motivaciones derivadas de las expectativas de las unidades clínicas (prestigio, influencia,...) si se trata de un centro público.

Finalmente, la sociedad espera buenos resultados de salud y servicios con un gasto razonable de fondos.

Tabla III.10. Fallos relativos al conflicto de objetivos múltiples

Fallos de mercado	Oferta	Bienes y servicios e interacción	Demanda
Objetivos del sujeto social		Ganancia de salud, buenos servicios, equidad en su distribución y costes razonables	
Objetivos del sujeto individual (paciente)	Médicos clínicos como agentes clave en la determinación de la demanda: modulación de la alianza contra el tercero pagador vía información e incentivos		Maximizar salud a través de servicios recomendados (por su agente clínico) y preferidos por su propia experiencia e información
Objetivos de los proveedores institucionales de servicios	Beneficios si privados con ánimo de lucro; estabilidad si privados sin ánimo de lucro; complejos si hospitales o centros públicos (mix en buena parte inducidos por las unidades asistenciales)		
Objetivos de los proveedores profesionales	Combinación compleja de incentivos extrínsecos, intrínsecos y trascendentes; modulados por los marcos institucionales donde trabajan		

Fuente:Elaboración propia

III.4. Marco teórico conceptual de fallos de Estado

“Los mercados fracasan y el Gobierno fracasa cuando se compara cada alternativa con los modelos idealizados. La comparación adecuada ha de hacerse entre dos instituciones imperfectas.”

James M. Buchanan

El Estado interviene en la economía cuando intenta corregir fallos de mercado. Interviene cuando observa que hay escasez o excedentes en un determinado mercado, cuando descubre situaciones de ineficiencia o de desigualdad de trato a los ciudadanos, y cuando intenta proteger a los más vulnerables introduciendo una red de seguridad, reducir la pobreza y la desigualdad. Puede intervenir a través de impuestos o de las subvenciones, a través de la regulación de ciertas actividades o suministrando bienes y servicios, como la sanidad, la educación o las pensiones.

La intervención del Estado puede asimismo introducir fallos. Existe un fallo de Estado cuando la intervención de éste, al intentar corregir un fallo de mercado, produce otro fallo que reduce su eficiencia, distorsionando su funcionamiento o produciendo efectos no previstos en sentido contrario al deseado. Sobre esta base, se ha producido cuestionamiento de la intervención pública desde diversas escuelas económicas.

Así, la escuela austriaca expone las consecuencias de la intervención del Estado (Mises 2001) y analiza los errores de los argumentos expuestos en su defensa. Concretamente, considera que tanto las externalidades como los bienes públicos son fallos del Estado. Los efectos externos sólo se dan en ámbitos socializados, esto es, sujetos a la tutela del Estado, o en ámbitos en los que no existen derechos de propiedad. De hecho, la consideración de una externalidad como coste o beneficio no puede darse en ausencia de derechos de propiedad, pues ésta afecta en alguna medida a la propiedad de una o más personas y son éstas las que deciden si supone un bien o un mal³⁷.

Para la escuela austriaca las externalidades negativas son fallos del Estado, que deben justificar por qué están más sucias las calles de las ciudades que las calles privadas de los grandes centros comerciales, o por qué el agua de balnearios y manantiales en donde se embotella con fines comerciales es más salubre que la de los ríos y embalses públicos, o por qué huelen peor los baños públicos que los de un establecimiento privado.

La externalidad negativa sólo se da en lugares públicos o comunes, como aguas de dominio público (ríos, mares, lagos, acuíferos subterráneos), no así en los manantiales privados; en el aire (también de dominio público); o en espacios públicos como calles, carreteras y otros.³⁸

Las críticas a la intervención estatal proceden asimismo de la escuela neoclásica, conocida como escuela de la Elección Pública (*Public Choice*), que estudia los "fallos de Estado",

³⁷ Un tratamiento desde la perspectiva austriaca de las externalidades puede verse en Benegas Lynch (1988), Block (1983), Huerta de Soto (1994) y Cordato (2004).

³⁸ Este fenómeno que conduce a la sobreexplotación de los bienes públicos, también conocido como "tragedia de los comunes", es estudiado en Hardin (1989) y Anderson y Leal (1993).

postulando que es el gobierno, y no el mercado, el ente que debe ser limitado o reducido para mejorar el bienestar de la sociedad. La *Public Choice* puede definirse como el proceso de toma de decisiones de manera ajena al mercado.

Tradicionalmente ha habido dos enfoques: Normativo y positivo. Las teorías de carácter normativo se han ocupado de la maximización del bienestar social y del estudio de los problemas de la determinación de las preferencias individuales, los estudios de carácter positivo completan al anterior en las carencias que muestra la teoría normativa para explicar la actuación del Estado.

Desde el ámbito normativo, los estudios se han centrado en los procesos de votación para determinar la función de bienestar social. Bergson (1938) y Samuelson (1947) expresan la función de bienestar social de manera análoga a las preferencias individuales.

Arrow (1951) intentó elaborar una función de bienestar social incorporando juicios éticos y solicitando el cumplimiento de determinados requisitos lógicos en el proceso de elección social, llegando a la conclusión de que ninguna función cumpliría con todos los requisitos.

Con posterioridad al teorema de imposibilidad de Arrow se ha debatido sobre la idoneidad de la regla de unanimidad en votaciones.

Ralws (2010), dentro del enfoque normativo de la elección, establece las condiciones para un proceso de elección justa.

El enfoque positivo nace con el fin de dar un enfoque diferente del funcionamiento del Estado. La explicación positiva de la elección pública la proporciona originalmente la Escuela de Virginia. Este enfoque complementa en alguna medida a la corriente normativa, introduciendo el elemento político como condición en la toma de decisiones. Se trata, por tanto, de un intento de aplicar una dosis de realismo.

Las aportaciones de la teoría de la elección pública positiva son dos: El estudio positivo de la demanda de bienes públicos y el estudio positivo de los oferentes de bienes públicos.

Llegan a la conclusión de que el Estado falla y que esos fallos se traducen en un crecimiento desmesurado del sector público. Se elaboran las teorías del Leviathan e introducen toda una batería de medidas para reducir gastos e ingresos del presupuesto público.

En cuanto al estudio de la demanda de bienes públicos, se ha dedicado parte de la literatura al estudio de los procesos de votación pública en una sociedad democrática. Las distintas reglas de votación han sido objeto de diversos modelos, la regla de la unanimidad de Wicksell (1896) y Lindhal (1919). Buchanan junto a Tullock (1962), también fueron partidarios de la regla de unanimidad. Dados los problemas de esta regla, se propondría el concepto de la mayoría óptima.

Pero en una sociedad moderna la democracia directa es muy residual, es la democracia representativa el grueso de los sistemas políticos.

La teoría económica de la democracia representativa ha tenido como protagonistas a Anthony Downs (1957) y Riker (1962), que introducen la teoría de juegos para llegar a la conclusión de que los sistemas multipartidistas terminan en bipartidismo o dos coaliciones de partidos.

Cuando los votantes no actúan individualmente aparece el concepto de grupos de presión.

La teoría de las clases sociales fue desarrollada por autores italianos en el periodo finisecular del siglo XIX. El funcionamiento democrático era concebido como un modelo en el que una oligarquía dominante imponía su criterio a una mayoría dominada, G. Mosca y V. Pareto (Fuentes Quintana 1987:196). La explicación del comportamiento de las clases dirigentes constituyó el objetivo de los hacendistas italianos, como respuesta positiva a la teoría del intercambio voluntario de corte marginalista.

Un elenco de autores, Amilcare Puviani, Conigliani, Pareto, Barone, Sensini y Borgatta, elaboran distintas formulaciones, unas desde el ámbito sociológico, otras desde el ángulo pisco-sociológico.

Señala Fuentes Quintana (1987:196) que Puviani destaca por su contribución con la teoría de la ilusión financiera.

Intentó una construcción teórica en la que estudió el comportamiento individual a partir de una consideración psicológica del contribuyente respecto al Estado. De esta manera genera ilusión financiera por ejemplo la tributación indirecta, donde la presión fiscal se oculta en el precio del producto, o la alteración en la valoración del dinero.

En la elaboración de los presupuestos de gasto, la poca transparencia puede dar lugar a la percepción de menor gasto, o las que se refieren al pago de impuestos, donde la percepción de la presión fiscal viene incluida hasta el momento temporal en que se realiza el pago.

La psicología financiera estudia las actitudes, percepciones y opiniones de los contribuyentes. Sus máximos exponentes fueron en EEUU G. Katona y en Europa destacaron los trabajos de G. Schmölder. (Fuentes Quintana 1987:202).

Katona trabaja con encuestas para conocer el índice del sentimiento del consumidor, Mueller y Strumpel abordan la cuestión de las actitudes frente a los gastos públicos e impuestos.

Schmölder contribuye con trabajos en los que persigue tres objetivos:

- 1.-Conocer las actitudes y opiniones de los ciudadanos frente a la Hacienda Pública.
- 2.-Determinar como se produce la opinión pública en materia financiera.
- 3.-Analizar las actitudes frente a los impuestos.

Buchanan (1960) se interesa por esta perspectiva pisco-sociológica de la actividad financiera del Estado. Destaca seis tipos de circunstancias que pueden producir ilusión financiera: La retención en origen del impuesto, la progresión de impuestos, las cuotas de Seguridad Social, los impuestos sobre el beneficio de sociedades, el gravamen sobre rentas irregulares y el gravamen sobre rentas de capital.

El estudio de los grupos de presión ha ocupado una buena parte de la literatura científica que intenta explicar el comportamiento del sector público.

Desde los años treinta existen grupos de presión que utilizan poderes de negociación. Son más influyentes que la actuación individual y su objetivo es intervenir en el normal funcionamiento de los precios y mercados para lograr la asignación eficiente de los recursos.

La teoría positiva de la elección pública permite explicar también cómo las decisiones políticas pueden llevar a resultados que entran en conflicto con los intereses del público en

general, por la existencia de grupos de presión o *lobbies*. (Becker, 1983 y 1985) y (Mitchell y Munger, 1991).

Muchos proyectos de grupos de defensa de ciertas causas no son necesariamente el deseo de la democracia en general. Sin embargo, apoyar dichos proyectos puede ser perfectamente racional para los políticos, si a cambio consiguen por ejemplo recursos para sus campañas. Los *lobbistas* también actúan en forma racional. Tienen fuertes incentivos para presionar al gobierno para que implemente políticas específicas que los beneficien, potencialmente a expensas del público en general. Pueden obtener favores del gobierno, cuantificados en cuantiosos beneficios monetarios, a cambio de inversiones relativamente reducidas.

La aportación de Musgrave (1980) a las teorías de los grupos de presión es reseñable.

La actividad financiera del Estado discurre condicionada por la presencia de actuaciones de grupos sociales, más que de actuaciones individuales. (Musgrave 1980).

Quizá una de las defensas más importantes de la teoría de los grupos de presión corrió a cargo de John R. Commons (1950). Para él, la vida en comunidad se produce bajo diversas formas de relación: Iglesia, sindicatos, instituciones sociales.

Se trata de una posición intermedia entre el Estado-nación hegeliano y el individualismo radical del *laissez faire*. Quizá estén los cimientos de la nueva economía institucional, donde el comportamiento de las instituciones y las organizaciones, así como sus procesos de negociación y transacción es clave para entender el desarrollo del sistema económico.

Finalmente, Commons llegó a reclamar que cada grupo de interés pudiese elegir a sus representantes.

Olson (1965) elabora una teoría crítica con la teoría de los grupos de presión.

Para él, los grupos de interés tienen características de bien público, el coste de oportunidad de no pertenecer al grupo es bajo, ya que si se consiguen los objetivos se beneficiarán todos los individuos, estén o no estén participando en el grupo. Por otro lado, los costes de transacción de participar son elevados, por lo que la tendencia a no formar parte del grupo puede ser elevada. Las rentas altas tendrán mayor propensión a participar, puesto que pueden soportar mayores costes con menos carga.

Como consecuencia, los grupos más pequeños y de mayor renta son más efectivos.

Para Olson, los individuos, guiados por su interés personal, pertenecerán a uno o varios grupos en aras a conseguir una cesta de diferentes objetivos. El resultado de la interacción de los distintos intereses dará lugar al proceso político.

De esta manera, el grupo actuará siguiendo el interés personal de quienes lo forman y no una acción colectiva superior a la de la mera suma de individuos. Su conclusión es, por tanto, la paradoja de que en ausencia de otras condiciones, los grupos con numerosos sujetos, no actuarán constituyendo grupos de presión.

Existe diferencia entre grupos latentes y grupos de presión, ejemplos de grupos latentes son colectivos grandes en número que no se organizan para la acción colectiva, tales como grupos de parados, familias de renta baja, consumidores, no constituyen grupos de presión.

Para que aparezca un grupo de presión deben existir unas condiciones previas, tales como incentivos selectivos, la obligatoriedad de pertenecer a un colegio profesional o los piquetes informativos en una huelga.

Este tipo de situaciones en las que se dan políticas gubernamentales ineficientes producen fallos de Estado. El coste de estas políticas ineficientes está disperso entre todos los ciudadanos, y por ello es casi imperceptible para cada individuo. Los beneficios son compartidos por un pequeño grupo de intereses especiales con un fuerte incentivo para perpetuar esta política a través de más *lobbying*. Debido a la ignorancia racional, la gran mayoría de los votantes desconocen esos esfuerzos; de hecho, aunque los conocieran, simplemente produciría políticas más difíciles de evaluar por parte del público en general, en lugar de mejorar su eficiencia en líneas generales. Aunque el público pudiese evaluar estas propuestas de políticas públicas en forma efectiva, descubriría que no es factible iniciar una acción colectiva para defender sus intereses difusos.

Una derivación del modelo de Downs es lo que se ha denominado ciclo político. Estos modelos analizan la interrelación entre economía y política, entre ellos destacan Nordhaus (1975), Duncan MacRae (1977) o Frey (1978).

Desde el lado de la oferta de bienes públicos, la segunda de las aportaciones de la teoría de elección pública positiva, destacan las aportaciones al análisis del funcionamiento de la burocracia.

El término burocracia procede del vocablo francés *bureau*, que hace referencia a la tela que cubría la mesa en la que trabajaban los funcionarios en el siglo XVIII y el término *cracia*, por, autoridad, gobierno, es decir el gobierno de los funcionarios.

La teoría de la burocracia nace a mediados de los años 60 con Gordon Tullock (1987) y Anthony Downs (1967). Siguiendo a Terry Moe (1998), *“el comportamiento racional de los burócratas promueve ineficiencia, crecimiento excesivo, captura, poca rendición de cuentas, y otros problemas similares que conspiran en contra del gobierno efectivo”*.

El concepto del burócrata weberiano es roto por la teoría positiva de la Hacienda Pública. Para Tullock (1987), el comportamiento de un funcionario no tiene porqué ser diferente al de cualquier otro individuo, por tanto no antepondrá el bien común al bien propio.

En su modelo supone que el burócrata se comporta como un monopolista frente al poder político porque dispone de más información, de esta manera puede infraestimar costes o sobreestimar beneficios para promover que un proyecto se financie. Todo esto genera ineficiencia X, ya abordada con anterioridad.

Buchanan (1974) señala los costes de coordinación y de motivación que existen en el sector público como ineficiencias producidas por la intervención estatal, y considera que éstos se producen, fundamentalmente, por su estructura jerárquica y por la existencia de objetivos múltiples y cambiantes. Las causas de estos fallos de Estado son la burocracia estatal, las decisiones y ciclos políticos, así como los grupos de presión.

Para Milton Friedman y Rose Friedman (1980) la burocracia estatal es la causa de ineficiencias de la gestión pública. Para ellos, la instrucción pública y los servicios de sanidad “sufren una enfermedad” denominada “el mal de una sociedad sobre-regulada”.

En el modelo que plantea William Niskanen (1971), el burócrata, en cuanto que se trata de un actor estratégico que actúa para lograr sus propios fines, tiene poder de información y de agenda. Estos permiten forzar a la legislatura a aceptar un presupuesto

sobredimensionado. Como resultado, el gobierno termina siendo demasiado grande e ineficiente³⁹.

Determinó que en ausencia de incentivos económicos y altruistas, el burócrata responde a la búsqueda de poder, prestigio o influencia, para ello su objetivo instrumental es disponer de un presupuesto mayor.

Musgrave establece una visión crítica del modelo de Niskanen, (Fuentes Quintana 1987):

En primer lugar, los objetivos del burócrata no tienen por qué ser maximizar su poder, ganancia y posición, puede estar entre sus objetivos la realización de una sociedad mejor, el reconocimiento de un trabajo bien hecho o el sentido del deber.

Por otra parte, en la práctica los burócratas no tienen el poder monopolístico que le atribuye el modelo. La implantación de métodos coste-beneficio, o coste-eficacia, limita el poder del burócrata.

Diferentes departamentos compiten entre sí por obtener una participación en los presupuestos mejor, por tanto, parece exagerado atribuir poder monopolístico al burócrata.

Pese a la connotación peyorativa que ha adquirido el término burócrata, se consideró un avance racional en la organización del trabajo administrativo. En vez de improvisar las tareas, se estructuraban por funciones asignadas a perfiles de trabajadores. En condiciones de estabilidad y sencillez, la burocracia maquinal, en terminología de Mintzberg (2012:357 ss), es capaz de resolver adecuadamente muchas actividades; cuando hay turbulencia en el medio y complejidad en el proceso se convierte en una rémora y añade ineficiencia.

La intervención del Estado en la economía puede provocar problemas estructurales, porque el Gobierno toma decisiones para conseguir ser reelegido a corto plazo y sus decisiones buscan prioritariamente resolver problemas puntuales a corto plazo sin preocuparse por el largo plazo. Ello puede provocar grandes aumentos de deuda pública, que afecta negativamente a los mercados y eleva los tipos de interés, repercutiendo en consecuencia sobre los ciudadanos.

Para la *Public Choice*, los fallos del Estado generan crecimiento desorbitado del gasto público, algo que hay que controlar para que no se convierta en un monstruo hipertrófico.

El profesor Fuentes Quintana (1987) señala que las diversas hipótesis del *Estado como Leviathan* intentan explicar el permanente aumento del gasto público y la expansión del Estado en la actividad económica.

Señala cinco bases argumentales que se pueden reducir a cinco categorías:

1.-Derivados de la regla de mayoría simple. Se sustenta sobre la base de que la mitad más uno impone su criterio de gasto a la mitad menos uno, aunque la financiación corresponda a todos. Tiene dos debilidades: No tiene en cuenta la premisa de Wicksell (1893) de someter a votación gastos e ingresos al tiempo y, en realidad no es la regla de mayoría simple, es la capacidad de organizarse de los grupos lo que domina en la fortaleza en la

³⁹Por ello defienden que resulta más conveniente que el gobierno subsidie a la demanda en lugar de proveer de los servicios. En el campo del mercado educativo, sugieren la implementación de un sistema de “cheques”, fundamentando esta propuesta en la ineficiencia del Estado al intervenir en el mercado y en el principio de soberanía del consumidor (Friedman, Milton (1962). *Capitalism and freedom*. Chicago: University of Chicago Press).

negociación. Los costes de transacción de organizarse son elevados y tiene un mayor incentivo el grupo que desea el gasto.

2.-Fenómenos de ilusión monetaria. En primer lugar, puede producir la subestimación de la carga fiscal por la dificultad de valorar adecuadamente el coste de los programas.

Otro tipo de ilusión financiera es la que produce la inflación, que tiene como consecuencias el crecimiento del gasto y cambios en el peso de la carga fiscal según sectores sociales.

Una tercera línea argumental discurre por el sendero de la ilusión que genera la financiación de programas públicos con déficit, que hace percibir que el coste de estos es prácticamente nulo.

3.-Poder monopolístico de los burócratas. El modelo de Niskanen (1971) adolece de algunas debilidades. No es riguroso suponer que el burócrata no incorpora en alguna medida el interés público, por otra parte, tampoco está tan claro el poder monopolista del burócrata. En último lugar, quizá el burócrata tenga poder en la determinación de la agenda de proyectos que deben someterse a elección, aunque tampoco está clara su capacidad en este sentido.

4.-Poder monopolístico de los políticos. El argumento es que los políticos maximizan su apoyo electoral con el incremento de gasto, en realidad el incremento de gasto puede conllevar aumento de impuestos, que tiene efecto en sentido contrario. Este modelo también adolece de la debilidad de contar con un supuesto tan rígido como el de que los políticos nunca actúan en desacuerdo al interés general.

5.-Redistribución de renta a través del Presupuesto. Los sectores de renta más baja consiguen representación mayoritaria en los parlamentos que aplican medidas que suponen redistribución de renta.

Buchanan considera un problema la expansión incontrolada del sector público y señala que las intervenciones estatales, justificadas, en principio, por su labor correctora de los fallos del mercado, pueden producir ineficiencias y poner en peligro la garantía de las libertades individuales. Y además, en lugar de corregir desigualdades, pueden introducir un impacto diferencial en el bienestar de los ciudadanos, al subvencionar a unos y gravar a otros.

En la misma línea, Nozick (1974) considera que la intervención del Estado en la economía puede atentar contra la defensa de derechos individuales. Nozick considera que la función de la redistribución por parte del Estado atenta contra los derechos individuales, lo que resulta éticamente inaceptable. Cree en los derechos de los individuos a adoptar decisiones privadas y considera que cualquier extensión del Estado mínimo es ineficiente. El Estado sólo está moralmente legitimado para redistribuir las posesiones ilegítimamente adquiridas.

Para este autor, los impuestos más indeseables, a la hora de la función de redistribución por parte del Estado, serían los que gravasen el consumo, la renta o la riqueza, ya que obligarían a renunciar a algunos individuos a parte del fruto de su trabajo en beneficio de otros, lo que sería “*equiparable a la esclavitud*” (Nozick, 1974)⁴⁰.

40 En palabras del propio Nozick: “¿Por qué a quien prefiere ver una película (y tiene que ganar el dinero para pagar la entrada) se le debe poder exigir ayudar a los necesitados, en tanto que no se le puede exigir a quien prefiere mirar las puestas de sol (y, por tanto, no necesita dinero extra)?”.

Buchanan (1947:67) se plantea refundar las bases generales de la convivencia en un nuevo contrato social, en el que el Estado no sea protector. Considera que no se pueden proteger derechos fundamentales o principios de igualdad y libertad sin garantizar un mínimo de seguridad económica.⁴¹

Sin embargo, partiendo de reconocer el fallo de Estado, Buchanan (1975) defiende la idea de que la redistribución sería el “precio” a pagar por parte de los individuos ricos a los pobres, para que éstos renunciasen al uso de la violencia característica de la anarquía *hobbesiana* (Hobbes 1651) y aceptasen firmar el contrato social.

Otro de los fallos atribuidos al Estado en su intervención se refiere al hecho de que puede incorporar un potencial componente antidemocrático, al determinar que los individuos no son los mejores jueces de su propio bienestar. Musgrave (1959) defiende que en las sociedades con Estados no individualistas existen los denominados bienes meritorios o necesidades preferentes, a los que nos hemos referido en el capítulo anterior, sobre los que el Estado debe decidir su provisión al considerar que los individuos no saben lo que es bueno para ellos, porque pueden cometer errores al no tener en cuenta ciertos aspectos⁴². Los individuos no tienen la decisión libre de proveerse de determinados bienes y servicios, ya que el Estado considera que deben consumirlos obligatoriamente. En lugar de hacerles una transferencia dineraria y dejarles que la utilicen con libertad, hacen una provisión gratuita o subvencionada.

Los fallos de Estado se pueden manifestar también al introducir distorsiones en los mercados en los que interviene, al subvencionar actividades, al aumentar los salarios mínimos, y al gravar con impuestos determinados productos iguales o muy similares.

También puede haber fallos de Estado por causas de información asimétrica, ya que los mercados tienen más y mejor información sobre sus propios agentes que el Gobierno. Además reaccionan de manera inmediata, mientras que el poder político responde a normas y “burocracia”. En consecuencia, el Gobierno puede tomar medidas que reduzcan la eficiencia de los mercados.

Stanbury y Thompson (1995) analizan los fallos del sector público, comparándolos con los del sector privado. Definen la pérdida que ocasiona la ineficiencia como la diferencia entre lo que se recibe del gobierno en promedio y lo que pudiese recibirse si éste se ciñera a las mejores prácticas posibles. Diferencian cuatro tipos de ineficiencias: las que se crean al asignar recursos a causas no meritorias debido a la influencia de grupos de interés; las asociadas con el fraude y la corrupción; los costes que asumen los ciudadanos por la burocracia administrativa; y las ineficiencias técnicas que se generan cuando se falla en minimizar costes o maximizar producción.

Las acciones del Estado se considerarán legítimas si redundan en asignaciones Pareto-superiores; es decir, asignaciones en las que todos los individuos aumenten su bienestar, o algún individuo esté mejor, según su propio criterio, pero nadie esté peor (Buchanan y Tullock, 1962).

⁴¹Buchanan (1974:67): “De un contrato, al que se ha llegado para paliar los conflictos que se producen entre unos individuos conducidos por la maximización de su propio interés, y que se limitaría a fijar tanto los distintos derechos de propiedad sobre las posesiones o recursos capaces de producir bienes finales, como las atribuciones y límites del Estado protector”.

⁴² Es el caso, por ejemplo, de la sanidad, de la enseñanza obligatoria o de la provisión de fondos para recibir en el futuro una contraprestación en forma de pensiones por jubilación.

Los defensores de la teoría liberal e individualista del Estado opinan que el libre mercado no “despilfarra” recursos, sino que agota todas las posibilidades de aumentar el bienestar de los individuos a partir de los recursos existentes. En consecuencia, no es posible reasignar los recursos existentes de forma que alguien mejore sin que nadie empeore; es decir, no existen asignaciones Pareto-superiores a la del libre mercado.

Sin embargo, eso ocurrirá sólo bajo los supuestos de que los consumidores y los productores tomen los precios como parámetros dados, actúen de forma totalmente competitiva y existan mercados para todos los bienes e información perfecta.

Respecto a la intervención del Estado a través de la regulación, se intenta no sólo prevenir abusos del poder de mercado sino también fomentar la estabilidad económica, incentivar el desarrollo de ciertas industrias y asegurar la provisión de determinados bienes y servicios de interés social, así como hacer respetar los problemas medioambientales. En el ámbito regulatorio, los fallos de Estado se generan cuando se produce la captura regulatoria, es decir, cuando los reguladores son dominados por aquellos a los que se intenta regular y que de esta forma logran reducir su impacto.

Parte de la literatura ha abordado el concepto de *Rent-seeking*⁴³, su definición no se ha concretado de una manera única, pero el concepto teórico apunta a la puesta en marcha de estrategias encaminadas a la obtención del máximo beneficio. En un mercado competitivo es la actitud racional y eficiente esperada, el problema concurre en la búsqueda de monopolios y en la utilización de la regulación como instrumento estratégico.

Según la teoría de la captura del regulador⁴⁴, la regulación se ve como un proceso de compensaciones entre las partes que intervienen en la actividad económica que será regulada, donde la decisión final del regulador, más que estar basada en la maximización de una función de bienestar social, tendrá como objetivo maximizar un cierto beneficio político que va a favor de sus intereses individuales. El principal objetivo de esta visión de la actividad reguladora es explicar quién recibirá los beneficios o cargas de la regulación, qué forma tomará la regulación y los efectos de la misma sobre la asignación de recursos, asumiendo que la regulación es conseguida por la industria y diseñada básicamente para su beneficio. Las empresas, a través de intensas actividades de *lobbying* y/o soborno “capturan” a los reguladores (gubernamentales o no) a su favor.

Otro fallo de Estado en la regulación se produce cuando ésta no cumple el objetivo con el que se propuso, obteniéndose situaciones alejadas de una mejora de eficiencia. Es el caso del problema de la “inconsistencia dinámica”, es decir, que las decisiones del sector público a través del tiempo pueden ser inconsistentes. Surge debido al conflicto que enfrentan las autoridades -regulador- para la operacionalización de políticas óptimas en diferentes períodos de tiempo, la actitud del público ante esta disyuntiva y la forma en que la relación entre la autoridad y el público en estas circunstancias puede llevar a un equilibrio no óptimo (Galván y Schwartz, 2002).

⁴³ El término *Rent-seeking* aparece de la mano de Tullock (1987) como la búsqueda de beneficios o rentas como consecuencia de cualquier circunstancia especial como es el monopolio u otro tipo de regulación.

⁴⁴ Desarrollada por Stigler (1971), que defiende que el regulador puede no ser benevolente y responder a intereses particulares. Las teorías de la captura y de los grupos de interés han significado, en los últimos años, un aporte sustantivo a la economía de la regulación. Autores como Stigler, Posner, Peltzman, Becker y McChesney actualizaron y renovaron la teoría de la regulación, mediante el estudio de la actividad regulatoria y las capacidades de los reguladores.

La inconsistencia puede producirse con la regulación de determinados precios en ámbitos muy diversos, como electricidad, gas, telecomunicaciones, servicios financieros, profesiones liberales, transportes, etc. que puede llevar a decisiones de inversión ineficientes por parte de las empresas reguladas, porque dudan sobre el nivel de tarifas que el regulador aprobará en el futuro. Con lo cual si estas empresas no creen factible que el regulador mantenga un nivel de precios suficiente para cubrir sus activos fijos, invertirán por debajo del nivel socialmente óptimo, llevando a situaciones de sub-inversión. Por tanto, los compromisos que adopte el regulador tienen que ser creíbles y sostenibles en el tiempo para que las empresas inviertan a niveles óptimos (Guasch y Spiller, 1999).

Dentro de la regulación de precios, la fijación de tarifas por el legislador puede hacerse a través de la determinación de un precio que permita una tasa de retorno o rendimiento justo a la empresa regulada, para evitar así la concurrencia de los beneficios monopolísticos. Este tipo de regulación también puede traer numerosas ineficiencias (Braeutigam y Panzar, 1989), como la existencia de información asimétrica sobre los costes y desincentivos a su reducción y el efecto Averch-Johnson⁴⁵ (sobrecapitalización que lleva a ineficiencias de producción y asignación); la aplicación de subsidios cruzados (penetrar en mercados competitivos y recuperar los costes de los consumidores principales); y la calidad excesiva o inadecuada del servicio.

La teoría económica ha determinado otro fallo de Estado cuando éste regula precios, conocido como “efecto trinquete”, se produce porque el regulador utiliza la información sobre costes suministrada por las propias empresas y éstas pueden tener incentivos para declarar información sesgada (Lasheras 1999). Tales incentivos no son buscados, pero son creados por los propios mecanismos de regulación al utilizar los costes declarados por las empresas.

Para paliar los fallos de la regulación, es necesaria una correcta adecuación tanto en el proceso de las regulaciones como en las reglas de difusión y transparencia de las mismas, así como en el sistema de rendición de cuentas de sus resultados. Al propio tiempo, es preciso un marco normativo apropiado, que reglamente debidamente y mediante un mandato expreso, la actuación independiente de los organismos reguladores.

Si hacemos balance sobre la literatura hacendista, podemos distinguir dos posiciones frente a los fallos del Estado, la de los hacendistas normativos Sidgwick, Pigou, Keynes, o Musgrave, que sugieren diversas formas de intervención del Estado para resolver esos fallos y otros pensadores que han cuestionado que esté suficientemente justificada la intervención del Estado por esta razón.

Muchos de los argumentos utilizados por los opositores a la intervención del Estado, están sustentados sobre dos ideas:

La primera de ellas, que el Estado también presenta fallos, y la propia intervención, si se materializa en la prestación de servicios directamente por el Estado, también supone la pérdida de eficiencia pudiendo ser mayor esta que la que se produce con los fallos del mercado.

Finalmente, la idea de que en los monopolios naturales, aunque se reduce la producción óptima en términos de eficiencia, los recursos que no son utilizados por ellos van a parar a

45 Las empresas escogen sustituir trabajo por capital de manera sub-óptima dado que la tasa de retorno se aplica sobre el capital y no sobre el trabajo (Averch, Harvey y Johnson, Leland L. (1962). "Behavior of the Firm Under Regulatory Constraint". *American Economic Review* 52 (5), pp. 1052–1069).

otros sectores de la economía. Afirman que la pérdida acumulada de eficiencia provocada por la regulación, o por la producción pública, puede ser mayor que dejar el monopolio en manos del sector privado.(Stiglitz 2009).

Estas posiciones han sido defendidas por algunos economistas como Harold Demsetz o George Stigler, sin embargo, no es una opinión compartida por la mayoría de los economistas que observan el no sometimiento de las empresas con poder de mercado a la competencia que desemboca en una pérdida de incentivos.

La cuestión que se plantea, es si los fallos del Estado pueden definirse con criterios parecidos a los utilizados por la teoría de los fallos del mercado.

Lo primero que deberíamos hacer es encontrar una definición adecuada al concepto funcionamiento eficaz del Estado. El inconveniente no superado es, que no hay un término de referencia que permita concretar lo que se entiende por funcionamiento eficaz del Sector Público.

La cuestión no es menor, es imposible determinar el fallo del Estado y medir su distanciamiento de lo que se denomine funcionamiento eficaz.

3.4.1. Fallos del Estado en el mercado sanitario

Repullo (2007), siguiendo a Lipsey, establece seis grandes fallos del Estado: Fallos en el conocimiento y predicción de necesidades y demandas de servicios, rigidez en la respuesta pública, elección de medios ineficientes, segmentación administrativa, interferencia política, e interferencia burocrática.

En nuestro análisis distinguiremos cuatro grupos de fallos del Estado: Fallos relativos a la eficiencia, relativos a la rigidez de la respuesta pública, fallos debidos a la interferencia política y por último, fallos relacionados con la interferencia burocrática.

a) Fallos relativos a la eficiencia

La primera categoría de fallos ilustra los fallos en la eficiencia. Farrell (1957), definió la eficiencia en base a dos conceptos. El máximo output utilizando una cantidad mínima de recursos y la minimización de costes dado un output.

Albi (2011:235-250), define la eficiencia técnica como la utilización de la mejor manera posible de los recursos públicos. Dentro de la eficiencia técnica distinguimos entre eficiencia asignativa y eficiencia X.

La eficiencia asignativa existe cuando, dado el volumen de gasto que se realiza, se obtiene la máxima cantidad de servicio o de producto. Es decir, la ineficiencia asignativa, se da cuando se produce una mala asignación de los recursos.

La ineficiencia X es un concepto sugerido por Liebenstein (1966). Se trata de ineficiencias técnicas que derivan no de una asignación incorrecta de recursos, sino del comportamiento de las personas que conforman el sector público. Este tipo de ineficiencia tiene que ver con las actuaciones de los responsables políticos y de los funcionarios. Se relaciona con la poca idoneidad de los mecanismos de control y de incentivos.

La medida de la ineficiencia en el sector público no es una tarea sencilla. Existen diversos modelos que tratan de arrojar luz, el primero de ellos el modelo de Debreu (1951) y Farrell (1957), define la ineficiencia como la fracción máxima en la que se pueden reducir todos los inputs sin reducir el output.

La eficiencia técnica y asignativa se suele medir de acuerdo a dos técnicas, econométricas y de programación lineal. Las segundas no requieren una función de producción previamente establecida de manera teórica y la hace más útil en muchas ocasiones, no obstante, como desventaja se anota que no contemplan en su mayoría el término de error aleatorio. La más difundida es el análisis envolvente de datos (DEA).

El segundo grupo de ineficiencias que define Albi (2011) son las económicas. Estas responden a la valoración de si un gasto debe hacerse o no, se diferencia de la eficiencia técnica en que esta solo se ocupa de como se realiza un gasto.

Un gasto debe hacerse cuando los beneficios sociales superan su coste. La metodología para valorar la eficiencia económica se nutre de dos análisis:

- 1.- Análisis coste-beneficio, que tiene en cuenta los aumentos o disminuciones de excedente de los consumidores, los efectos externos, la determinación de precios sombra y la tasa social de descuento.
- 2.- El análisis coste-eficacia, constituye una simplificación del anterior, ante la dificultad de calcular en muchas ocasiones el beneficio social, se toma como referencia una serie de parámetros como tasa de morbilidad, tasa de mortalidad, prevalencia de una enfermedad, etc.

En la economía de la salud se puede definir la eficiencia como el mejor estado de salud posible de una población, dado un nivel de gasto público.

Los métodos de evaluación de la eficiencia sanitaria son: de no frontera, con indicadores de eficiencia parcial, o indicadores de eficiencia global, y de frontera, paramétricos (frontera estocástica con modelos econométricos) y no paramétricos, en este grupo estaría el DEA y los índices de Malmquist.

La mayor eficiencia supone una situación de producción de servicios sanitarios más próxima a la *frontera de mejor producción sanitaria*, esta forma de medir la eficiencia, al igual que la comparación de prácticas entre unas unidades de gestión y otras, (benchmarking), requiere niveles detallados sobre costes y producción de servicios.

Las ineficiencias se producen por diversas causas. En primer lugar, las que tienen origen en una serie de diferencias organizativas respecto a la empresa privada. A esta categoría pertenecerían los costes de organización, la ausencia de precios, la existencia de bienes públicos locales y las restricciones adicionales respecto a la empresa privada.

Las diferencias organizativas tienen su origen en la propia ausencia de derechos de propiedad en el Sector Público, la mayor complejidad en la determinación de

responsabilidades y, dadas las características de la Administración, los costes de coordinación entre distintas unidades.

Las organizaciones empresariales en presencia de mercados no competitivos toman la decisión de producir sus propios inputs o externalizarlos por la comparación entre los costes de transacción de externalizar su compra y los costes de organización de producirlos.

Los costes organizativos y de transacción del Estado son mayores, por la sujeción de los procesos de contratación a los controles legales.

La ausencia de un sistema de precios es la piedra angular de la dificultad para alcanzar la eficiencia en la provisión pública de servicios sanitarios. La toma de decisiones en materia de bienes públicos debe realizarse de manera diferente a como opera el mercado privado. *“(..) Para que estas decisiones satisfagan los requisitos de eficiencia debemos responder a las preferencias de los consumidores individuales. Y no vale aducir que éstas son desconocidas, tenemos vías abierta para comprender mejor el tipo de institución que sería capaz de lograr su conocimiento (...)”* (Barberá 1979:108).

Los servicios sanitarios, como ya se ha indicado, no son homogéneos, hay servicios que son bienes privados, otros bienes públicos y otros bienes preferentes. La ineficiencia producida por la ausencia de precios es evidente en los bienes privados, pero los bienes públicos y preferentes se encuentran con la dificultad de no encontrar un mecanismo alternativo que asegure la eficiencia.

Uno de los grandes temas pendientes en la economía financiera, como hemos visto, consiste en cómo conocer la valoración que hacen los individuos de los servicios públicos, conocer su función de utilidad cuando no existe un sistema de precios que señalice. En ese sentido, gran parte de la teoría de la economía financiera se ha esforzado en hallar otros mecanismos de valoración diferentes al precio.

Desde el lado de la demanda, y bajo la lógica de un comportamiento de maximización de la utilidad, no existe un gran incentivo a desvelar de manera cierta qué precio se está dispuesto a pagar por un servicio sanitario, o por el aseguramiento y cobertura de los riesgos de enfermedad.

Para que se produjese la eficiencia económica en sentido paretiano, debería cumplirse que la asignación de los recursos debería ser tal que se verificase que la relación marginal de transformación entre cada bien público y cada bien privado se iguale a la suma de las relaciones marginales de sustitución entre dichos bienes para los distintos consumidores. (Barberá 1979).

Para lograr el cumplimiento de esta condición en la producción de un bien público, un gestor público debe conocer, por un lado, la tecnología de las empresas que operan en el sector y, de otra parte, las preferencias de los consumidores, esto es, la expresión de los consumidores de su relación marginal de sustitución.

Para Barberá (1979), la determinación del precio en la producción de un bien público genera problemas de incentivos en la práctica. Este hecho no es exclusivo de los bienes públicos, también los bienes privados presentan habitualmente problemas de incentivos, ningún agente es infinitesimal, por tanto, podrá actuar deliberadamente sobre el nivel de precios. Esto equivale a que el consumidor revela incorrectamente sus propias preferencias.

En el mercado sanitario se dan los bienes públicos locales a partir de la localización en el territorio. El tratamiento de las aguas con flúor y la higiene alimentaria son ejemplos de bienes públicos que afectan a áreas locales. La existencia de un hospital en una comarca podría ser, en determinadas condiciones, un ejemplo de bien público local.

En el sector público existen una serie de rigideces relacionadas con la política laboral y el procedimiento en la política de compras que retrasan los procesos y suponen ineficiencias.

En la categoría de diferencias individuales respecto a la empresa privada se incluirían la ausencia de incentivos y la tendencia a aumentar el tamaño de las organizaciones.

Los incentivos como organización no están perfectamente definidos. Desde el punto de vista de la sociedad es claro que el objetivo es un sistema sanitario que asegure unos estándares de calidad empleando el menor número de recursos posible. El problema está desde el lado de la oferta, el objetivo político se analiza con posterioridad, el objetivo del gestor del sistema es contar con el número suficiente de recursos y mantener su responsabilidad cuanto más tiempo mejor. El objetivo de los profesionales es contar con un sistema bien engrasado, pero sobre todo, la consecución de los objetivos económicos y profesionales personales que se haya marcado cada individuo. Se trata de estructuras complejas donde se interrelacionan diferentes intereses y objetivos.

Es difícil, (Repullo 2007), desde la óptica igualitarista del empleo público intentar acomodar un sistema de incentivos y discriminación, sin embargo la actual estructura castiga a los productores que más se responsabilizan y esfuerzan.

En cuanto a los grupos de presión financiadores de campañas electorales, y su influencia en el gasto, quizá sea más acomodado a sistemas democráticos como el estadounidense que a democracias europeas. Sin embargo, grandes grupos empresariales, por ejemplo del sector farmacéutico, tienen capacidad de influencia en las legislaciones y acciones de gobierno.

El crecimiento del gasto se ha explicado tradicionalmente por la conjunción del incremento de cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población y la implantación de nuevas tecnologías. (Tamayo Lorenzo 2006). Sin embargo, no se dispone de ninguna relación definitiva entre incremento de gasto sanitario y aumento de esperanza de vida.

En lo que al gasto sanitario se refiere, en los países de la OCDE ha crecido en las últimas décadas del siglo XX, hasta multiplicarse por cinco. Hace treinta años representaban entre el 1,5 y el 5,5% del PIB, en el período finisecular llegaba a tener un peso entre el 6,5 y el 14%. La financiación era del 75% pública, por término medio.

El crecimiento del Sector Público tiene como consecuencia directa la expulsión del sector privado en el mercado del aseguramiento y de la provisión.

Cutler y Gruber (1996) realizan un estudio sobre la incidencia de la extensión de los programas de cobertura pública en EEUU, llegando a la conclusión de que entre 1987 y 1992 se incorporan 2,2 millones de personas, (aumentó la cobertura de niños en un 50% y de mujeres en el doble), produciendo un desplazamiento del seguro privado en un 30-40% para niños, entre los adultos la oscilación fue más variable debido a la sensibilidad de estos a la elegibilidad de la cobertura.

El cambio del seguro privado por el asegurador público resuelve el problema de la selección adversa y las externalidades, pero seguiría sujeto al daño moral y la demanda inducida por la oferta.

Este fenómeno es visto como un fallo del Estado en parte de la literatura hacendística. Esta es la conclusión a la que llegan los constructores de la teoría del Leviathan contemporáneo, (Fuentes Quintana 1987). El sector público crece y propende a una constante sobreexpansión, de manera, que en ausencia de restricciones adoptadas institucionalmente, el sector público devorará al sector privado.

Por otra parte, las propias asimetrías de información entre los responsables de gestionar el gasto público, que actúan casi como un monopolista de información, y los órganos legislativos que aprueban los presupuestos de gasto, concluye con una tendencia a sobredimensionar el gasto.

En la tabla III.11 sintetizamos las ineficiencias que se producen con la intervención del Estado.

El enfoque de la nueva economía institucional da relevancia a los costes de transacción. Las transacciones se producen entre empresas, en el Estado, en el seno de las familias o relaciones de amistad. La especialización eleva la cantidad de transacciones practicadas y, por tanto, sus costes.

Martín Martín (2012) anota una clasificación frecuente de los costes de transacción: Costes de información, costes de negociación y costes de garantía, que corresponden con los distintos procesos en que se desarrolla una transacción.

Los costes de información y de negociación son elevados en el sector público. La negociación para cerrar un acuerdo presupuestario es larga y depende de numerosos factores, desde la competencia entre departamentos en la propia Administración hasta los propios controles de fiscalización de la actividad de la Administración generan importantes costes de transacción.

La presión de los suministradores externos de fármacos y tecnologías, la evaluación de la efectividad, el déficit de conocimiento y predicción requiere nuevos instrumentos y mejor organización.

Los costes de organización se incrementan cuando el Estado asume una función, obviamente hay que comparar el incremento de gasto con los costes de transacción que se ahorra.

La ausencia de precios niega señales claras para tomar decisiones, esto puede producir distorsiones a la hora de evaluar utilidades y costes. Para un mejor conocimiento de las preferencias podría optarse por la descentralización, esto tiene un efecto negativo sobre la equidad.

En lo que se refiere a la rigidez de oferta, salarios, procedimientos de compra, modelos de contratación, puede suponer incrementos de precios unitarios de factores por la no contención de economías de escala.

De otra parte, las organizaciones públicas tienden a la expansión compitiendo por la masificación de su tamaño físico o presupuestario.

Las ineficiencias producidas por su impacto en el mercado de aseguramiento se relacionan con posibles incentivos al riesgo moral y a facilitar la demanda inducida por la oferta.

Los costes de información de negociación y de garantía constituyen el origen de las ineficiencias por costes de transacción.

Tabla III.11 Fallos del Estado desde el punto de vista de la eficiencia a la respuesta pública en el mercado sanitario

Fallos del Estado	Oferta	Bien o servicio que interactúa	Demanda
1. Diferencias organizativas con la empresa privada			
Costes de organización	Costes de coordinar, motivar y resolver disputas entre los empleados		
No hay un sistema de precios regulador. Ausencia de competencia. Servicios sanitarios	Mercados sanitarios con bien público (salud pública) Mercados sanitarios con bien preferente Mercados sanitarios con bien privado	Pérdida de eficiencia en los servicios sanitarios como bien privado. Bienes públicos, asegura la provisión en los servicios sanitarios como bienes públicos	La ausencia de precios se configura como falta de incentivo a desvelar las preferencias.
Bienes públicos locales.	Descentralización como riesgo de pérdida de equidad. aproximación a las preferencias individuales.	Mercado político. Captura de votos	Posibilidad de votar con los pies
Restricciones adicionales. Relacionadas con el personal Relacionadas con las compras de material Relacionadas con la asignación de partidas presupuestarias	Rigideces salariales y de movilidad Rigideces en los procedimientos para mejorar precios		
2. Diferencias individuales con la empresa privada			
Ausencia de incentivos en las organizaciones	Desde el lado de la oferta interpelación de objetivos múltiples		
Maximizar el tamaño de la organización, en su competencia con otras instituciones	Crecimientos sin límite de las prestaciones sanitarias (Teoría del nuevo Leviathan)		
3. Ineficiencias por su impacto en el mercado			
Aseguramiento público: Un paso hacia la equidad, un paso hacia la ineficiencia	Crecimiento permanente del gasto sanitario	Financiación. Aseguramiento público	Daño moral en el uso de los servicios sanitarios. Demanda inducida por la oferta
Monopolio público	Desplazamiento de sectores privados eficientes desde el lado de la oferta	El mercado del seguro médico según Cutler & Gruber	
4. Ineficiencias por costes de transacción. Común a entidades privadas			
Costes de información	De identificación y contacto		
Costes de negociación	Alcanzar acuerdo y reflejarlos contractualmente. En el caso de una organización pública, la asignación presupuestaria, el contrato programa...		
Costes de garantía	Asegurar el cumplimiento y proteger a las partes del incumplimiento		

Fuente: Elaboración propia

b) Fallos relativos a la rigidez en la respuesta pública

Las características de la Administración, la necesidad de control y fiscalización de los gastos y la aplicación de procedimientos que intentan salvaguardar el interés general y la ausencia de corruptelas, tiene como resultado una estructura legal sólida, que si bien es discutible su eficacia final en cuanto a procesos de contratación fraudulentos, hace evidente la rigidez en los mecanismos de contratación del sector público.

El control legal va en detrimento de la eficiencia en el sistema. Las consecuencias de las exigencias legales que tienen como objetivo evitar la arbitrariedad, objetivar los procedimientos y evitar conductas indebidas son: problemas de incentivos, prioridad de los aspectos jurídico-formales frente a la eficiencia y costes de garantía, en los procesos de fiscalización del gasto, sistema de intervención, (Tribunales y Cámaras de Cuentas).

La información imperfecta, (información ausente por completo en numerosos casos), genera la mayor parte de las ineficiencias, se dispone de poca o nula información sobre las preferencias de los individuos, estos disponen de poca información sobre la calidad de los servicios sanitarios y la que obtienen corre el riesgo de ser sesgada. Obtener mayor información genera unos costes importantes no asumible en la mayor parte de los casos.

En el sector público las decisiones se toman en el ámbito político, las consecuencias de esas políticas son inciertas, los ciudadanos, en mayor o menor grado tienen aversión a la incertidumbre, los costes de esta incertidumbre tendrán mayores o menores consecuencias.

El problema de cualquier sistema de toma de decisiones centralizado es recabar información. Generalmente lo que se hace es recabar las necesidades de los órganos gerenciales ex ante. La tendencia de los agentes con responsabilidad en la gestión será inflar la previsión, concedores de que la realidad presupuestaria definitiva como máximo hará esa previsión, y probablemente una más disminuida.

Si se produce una desviación en la que el coste ex post es menor que la previsión ex ante, la propia rigidez del sistema impide la reorientación de los gastos hacia las nuevas necesidades presupuestarias, lo que da lugar a importantes costes de oportunidad.

En caso de errores, la asunción de responsabilidades se encuentra tan diluida como los incentivos a una mejora en la gestión.

Para Repullo (2007), es precisamente, la rigidez en la estructura, organización y funcionamiento del sector público, lo que ha motivado el diseño de nuevas formas de gestión y gobierno, que se ajustan a derecho privado en algunos aspectos como la contratación, aunque la titularidad siga siendo pública.

A continuación mostramos la tabla III.12 que sintetiza los principales fallos del mercado sanitario cuyo origen es la rigidez en la respuesta. Se distinguen dos categorías, en primer lugar los fallos que tienen como origen problemas generados por la sujeción a los controles legales, incluye problemas de incentivos, desde el lado de la oferta y la pasividad desde el lado de la demanda, los costes de garantía del cumplimiento de la legalidad y el imperio de la ley en los procedimientos.

Un segundo bloque, que tiene que ver con la respuesta inadecuada a la información imperfecta, cuestión que genera costes de incertidumbre, costes de agencia y los relacionados con la aversión al riesgo.

Tabla III.12 Fallos del Estado relativos a la rigidez en la respuesta pública en el mercado sanitario

Fallos del Estado	Oferta	Bien o servicio que interactúa	Demanda
1. Problemas generados por el imperio del control legal frente a la eficiencia			
Problemas de incentivos	Ausencia de competencia y la imposibilidad de quiebra adormece a las organizaciones	Provisión de servicios sanitarios	La estabilidad garantizada adormece a los individuos
Énfasis en la legalidad como vacunación ante el uso indebido de recursos públicos	Prioridad en los problemas formales. Desplazamiento de la eficiencia como prioridad	Mercado de la financiación del sistema sanitario Sistema impositivo y su cumplimiento	Según sea la legislación que determina el modelo de sistema sanitario. En un sistema de fuerte peso del aseguramiento privado, la cobertura según la contratación de la póliza llegado el momento de necesitarlo. En un SNS el problema del free rider puede dar sensación de injusticia o ilegitimidad
Costes de garantía	Asegurar el cumplimiento y proteger a las partes de su cumplimiento		
2. Costes derivados de información imperfecta			
Información limitada sobre los procesos sujetos a transacción	A mayor incertidumbre para conocer con anticipación y detalle las características de los procesos sujetos a transacción, mejor posición del Estado frente al mercado privado		Sobre la respuesta privada
Costes de incertidumbre	Por la imposibilidad de conocer a priori los resultados de la legislación producida		Según sea la aversión al riesgo del ciudadano los costes de incertidumbre tendrán mayores o menores consecuencias
Costes de agencia	Vinculados a los problemas de selección de personal, supervisión jerárquica...		

Fuente: Elaboración propia

c) Fallos relativos a la interferencia política

El profesor Fuentes Quintana (1987) concluye que los intentos de predecir el comportamiento del sector público se han centrado en el estudio de los actores que pueden condicionar el proceso de decisión: el comportamiento de políticos y ciudadanos en una democracia representativa y el comportamiento de los burócratas.

Si bien su actuación individual, puede verse modificada por la interacción con otros individuos con objetivos comunes, de manera que se produzca la pertenencia a un grupo de interés o a una clase social.

En este grupo de fallos, al que hemos denominado de interferencia política, aglutinamos los referidos a individuos y políticos en una democracia representativa, en el siguiente apartado profundizaremos sobre la interferencia de la burocracia.

Son varias las consecuencias de la interferencia política en el funcionamiento de la actividad pública.

En primer lugar, la creación de redes clientelares que tiende a desprofesionalizar los puestos de gestión, lo que produce un estancamiento, incluso un retroceso en algunos niveles directivos. Se hace preciso una mayor transparencia, órganos de gobierno en los que quede repartido el poder y rendición de cuentas, (Repullo 2007).

En una encuesta encargada por SEDISA (Sociedad española de directivos de la salud), entre profesionales y expertos se obtuvo el siguiente resultado (Tabla III.13):

Tabla III.13 Factores que influyen en la elección de directivos sanitarios

En la elección de los directivos sanitarios, actualmente piensa usted que influye (pueden seleccionar más de una casilla)

Su experiencia gerencial	46%
Su grado de formación	29%
Su afinidad política	71%
Su experiencia clínica	11%
Otros	20%

Fuente: SEDISA

La afinidad política influye en un 71% en la elección de los directivos sanitarios, en tanto que su experiencia clínica, por ejemplo, en un 11% o el grado de formación no llega al 30% (29%).

En países como España la financiación de los partidos está regulada, no es un sistema de contribuciones privadas como el estadounidense, pero el incumplimiento de la ley ha puesto de manifiesto la existencia de irregularidades y delitos por ejemplo en adjudicaciones públicas a cambio de financiación ilegal de algunos partidos políticos.

No obstante, la influencia de los grupos de presión puede ser por la vía presión reivindicativa o por la vía incentivo al órgano político, un ejemplo claro es la mencionada financiación de campañas electorales.

La acción de grupos de presión supone, en ocasiones, un beneficio ex post por una decisión ex ante. La llamada “puerta giratoria”, donde los responsables públicos pasan a formar parte de los cuadros directivos de empresas privadas con las que han tenido relación en su tiempo de servicio público, están bajo sospecha no solo de las acciones políticas que se hayan ejecutado, también del grado de connivencia del mundo empresarial con el Sector Público en algunas áreas.

Otro de los bloques de fallos del Estado en la provisión sanitaria es debido a la interferencia política y tiene que ver con las formas de elección pública. Ya hemos desarrollado anteriormente el marco teórico en el que se inserta la toma de decisiones políticas, es necesario advertir que el voto de un ciudadano es el resultado de muchos inputs, variables para cada individuo e incluso en un mismo individuo. Variables en el tiempo y que cada uno de los factores a considerar puede tener mucho peso en la decisión, pero no todo es el único elemento que valora el individuo para tomar su decisión.

En palabras del profesor Barberá (1979:105)“(…)no existe ningún procedimiento convencional de votación capaz de garantizar que los individuos siempre consideren óptimo votar de acuerdo con sus verdaderas preferencias(…)En consecuencia, mal podremos defender un trasvase de las decisiones sobre bienes públicos desde el ámbito económico al político sobre la base de que en este último puedan evitarse los problemas de incentivos(…)”

Es posible que muchos gobiernos tomen medidas en función de criterios electorales, aunque supongan una pérdida de eficiencia importante del sistema. Si estas medidas son ratificadas con una victoria electoral no es sinónimo de aprobación del escrutinio público directamente.

Sin duda, en el mercado de la financiación y de la asistencia sanitaria, la actitud y la percepción de los ciudadanos-usuarios y de los no usuarios acerca del mecanismo de financiación del sistema (impuestos u otros), así como la percepción del beneficio social de la aplicación del gasto sanitario son determinantes en la elegibilidad.

El paradigma de las consecuencias de la interferencia política en las decisiones del sistema sanitario lo pone de manifiesto el consejero de sanidad de la Generalitat valenciana, el Sr .Rosado, cuando afirmó que “Los informes decían que no era viable mantener lo que gastábamos en sanidad, pero todos los gobiernos decidieron que si hacían caso a esos informes no podrían ganar las elecciones y por eso se quedaron en un cajón”⁴⁶.

La incertidumbre hace explícita la falta de capacidad de un agente económico para calcular las probabilidades en el futuro de un acontecimiento económico. Cuando una decisión política tiene consecuencias económicas la dificultad para calcular estas con certeza crea incertidumbre.

En la tabla III.14 exponemos un cuadro sintético de las tres categorías de fallos por interferencia política: desprofesionalización, limitaciones producidas por procesos políticos y fallos producidos por los sistemas de elección.

⁴⁶ <http://www.levante-emv.com/comarcas/2012/07/05/rosado-gastamos-perder-elecciones/918230.html>

Tabla III.14 Fallos del Estado por interferencia política

Fallos del Estado	Oferta	Bien o servicio que interactúa	Demanda
1.Redes clientelares en directivos de gestión. Desprofesionalización.			
2. Limitaciones impuestas por los procesos políticos. Grupos de interés fiscal			
Elecciones. El objetivo de un político es permanecer en el gobierno o alcanzarlo si no es parte de él. Poder monopolístico de los políticos	Ofertas electorales que tienen como objetivo la ventaja electoral y no la mejora de la eficiencia	Las infraestructuras sanitarias, la organización administrativa de la asistencia sanitaria(listas de espera, asignación de profesionales)	1.-La oferta electoral puede llegar a ser mayor que los deseos del votante mediano. 2.-La oferta de menor presión impositiva es bien acogida por los electores, a pesar de que compromete los recursos para el desarrollo de servicios públicos
Grupos de presión. Costes de compromiso imperfecto	Puede haber incentivos ex post para renunciar a una política ex ante	Cualquiera de los servicios de los seis mercados de la sanidad	Presión de grupos de poder o de ciudadanos para fijar la posición de un gobierno
Costes de decisión legislativa	Costes de tiempo y esfuerzo en legislar		Según el grado del conflicto de intereses se incrementan los costes
Políticos corruptos	Decisiones lesivas al interés general		
3.Elección pública.			
Elección social. Teorías de la Ilusión financiera	Como el gobierno puede utilizar la ilusión financiera para imponer a la mayoría su elección (Puviani).	Mercado de la financiación. Mercado de la asistencia sanitaria. Mercado provisión de fármacos (copagos).	Como la ilusión financiera cambia la elección de los ciudadanos: Según progresividad del impuesto. Según la forma de pago del IRPF en sistemas nacionales de salud. Según correlación pago seguro social-prestación sanitaria en sistemas Bismark
Preferencias, nivel de renta y tipo impositivo	La decisión del gobierno intentará acomodarse a la satisfacción de su grueso de electores en lo que respecta al binomio renta-impuestos	Servicios sanitarios-tipo impositivo	Variaciones de la demanda en función de los gustos. Variaciones de la demanda en función de la renta y el tipo impositivo aplicado a cada renta
Fallos en los mecanismos de elección pública.			Puede no existir un equilibrio en la elección Si no existe no es óptimo de Pareto Los individuos pueden no revelar sus verdaderas preferencias
Efectos de la incertidumbre	Incertidumbre en la toma de decisión del gobierno		Como la incertidumbre hace que las ideologías sean útiles a los votantes

Fuente: Elaboración propia

El siguiente bloque de fallos de la actividad pública tiene que ver con los mecanismos para expresar las preferencias y, por tanto el precio de los servicios, en el apartado referido a los bienes públicos ya se ha hecho un análisis de los mismos.

d) Fallos relativos a la interferencia burocrática

Referimos dos bloques de fallos, los que tienen como protagonistas a los burócratas y los relacionados con los profesionales.

Los burócratas tienen como cometido suministrar toda la información técnica al cuerpo político.

La ausencia de incentivos genera ineficiencia, pero la aplicación de un sistema de incentivos entraña dos dificultades: En primer lugar, el salario se establece por Ley, en segundo lugar, existe una dificultad objetiva en la medición de la diferente productividad de los individuos. (Albi et al. 2011:143-148).

En ausencia de incentivos económicos, las únicas motivaciones del burócrata son de índole filantrópico. Musgrave (1980) detecta como incentivos el sentido de buena sociedad, el respeto y reconocimiento de la comunidad y de sus colegas.

Cuando tampoco existen esas razones filantrópicas las razones que pueden determinar la conducta de un alto funcionario pueden ser el prestigio social de estar al frente de una gran organización, de tener un mayor número de subordinados o los contactos personales que puede desarrollar en el desempeño de su tarea profesional.

Los niveles de aversión al riesgo son realmente elevados, esto supone un auténtico obstáculo para la innovación en el sistema.

Por otra parte, Arruñada (2000) ha estudiado los efectos para los servicios profesionales, el sistema de acceso a la función pública y la configuración de cuerpos y escalas. El modelo atrae a individuos con alta aversión al riesgo, en la medida que aunque tenga menor capacidad innovadora, no va a sacrificar su status ni sus rentas futuras por una ganancia rápida y azarosa, como por ejemplo la corrupción.

El burócrata tiene más información que el político, por tanto, no solo influye en la toma de decisiones, también es más difícil el control sobre la gestión burocrática.

Evidentemente no todas las personas, ni todos los sectores que configuran la actividad financiera del Estado tienen el mismo comportamiento. El sector sanitario quizá si cuenta en su aspecto clínico con un perfil más weberiano de los facultativos, no tanto en el aparato económico administrativo del servicio. Esto es así porque incorpora un componente vocacional muy importante, la propia elección de la formación académica como médico es un acto de empeño en la voluntad de las personas.

La profesión médica ha evolucionado tras casi 70 años de trabajar en contextos de sistemas sanitarios públicos, lo que ha llevado a internalizar progresivamente el objetivo social dentro de su núcleo de compromiso ético: así por ejemplo, en el art. 45.1 del código de deontología médica española se expresa: *“El médico que presta su servicio en el Sistema Nacional de Salud ha de velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos”*. (Organización Colegial Médica 2011)⁴⁷

No obstante, Hernández Yáñez (2005) señala que el poder relativo de burocracia sanitaria, profesionales médicos, directivos, pacientes e industria se comprueba en la elaboración de los presupuestos sanitarios y su capacidad para conseguir una situación de gasto más

⁴⁷ Organización colegial médica 2011, Código de deontología médica. Guía de ética médica, Julio 2011

beneficiosa para sus intereses. La industria farmacéutica y los profesionales compiten en la distribución de gasto, entre 1988 y el año 2000, en esta competición el peso de las farmacéuticas creció respecto al peso de los profesionales⁴⁸. Señala que esta situación pondría de manifiesto bien que existe una convergencia entre los intereses de la industria y los de los facultativos *“que tendría forzosamente que concretarse en sistemas de redistribución informales pero institucionalizados parte del volumen de recursos captados por la industria farmacéutica”* (Hernández Yáñez 2005:206), o bien que la industria sencillamente se impone a profesionales y burócratas.

La excesiva segmentación, la hiper-especialización de los profesionales, los cambios en la enfermedad, tendentes a la cronicidad y las afecciones múltiples en el paciente de finales de los siglos XX y XXI, indica la ruta para determinar nuevos procesos clínicos y la adaptación de las estructuras.

Frente al sentido gremial y corporativista de la llamada clase “médica”, es preciso impulsar un nuevo movimiento de profesionalismo que se comente en el nuevo compromiso con los pacientes y el sostenimiento del sistema. (Repullo 2007).

El profesionalismo gerencial requiere formación, capacitación y conocimientos, capacidad de liderazgo y compromiso con la organización.

⁴⁸ Entre 1988 y 2001 los gastos de personal retrocedieron un 4,3% y el crecimiento del gasto farmacéutico se situó por encima del 33%. Estos datos son previos al proceso de transferencia de las competencias sanitarias que supuso un incremento importante de las retribuciones de personal como señala Repullo (2007)

Tabla III.15 Fallos del Estado por la interferencia burocrática

Fallos del Estado	Oferta	Bien o servicio que interactúa	Demanda
1.Relativos a los burócratas de la organización económica administrativa del sistema			
Incentivos de la burocracia. Ausencia de remuneración basada en incentivos. Problemas de agencia (comunes a las organizaciones privadas)	Difícil determinación de un sistema de incentivos	Organización económica administrativa de la prestación pública de los distintos mercados de la salud	Problemas de agencia, el gobierno (principal) delega en el funcionario (agente), relación entre farmacéuticas y profesionales en entorno opaco
Niveles excesivamente altos de aversión al riesgo	Cautela máxima en los procedimientos para evitar el error.	Escasa innovación en la administración para evitar riesgos	Los costes del procedimiento son soportados por el ciudadano-contribuyente.
Control limitado sobre la gestión burocrática	Misma legislación para realidades personales diferentes. Necesidad de un grado de discrecionalidad		Cuando la discrecionalidad es mal utilizada se puede producir cohecho, corrupción o ineficiencias en la asignación de los recursos o X.
Posibles desviaciones de poder	Convertir el interés público en interés particular. Corrupción administrativa		Pérdida de soberanía del ciudadano en favor de los expertos y burócratas
Patologías burocráticas que pueden sobrevivir largamente			
Prevención ante la arbitrariedad	Niega la discrecionalidad de los burócratas		
2.Relativos a los profesionales de la prestación sanitaria			
Ausencia de incentivos basados en remuneración	Intereses filantrópicos y en su ausencia poder y status		
Corporativismo en el momento de resolver un conflicto paciente- médico	Monopolio de información técnica en manos del facultativo		
Relación de agencia	Monopolio de información del burócrata frente al político		Elaboración presupuestos sesgada por el interés del burócrata

Fuente: Elaboración propia

III. 5. Obligaciones de los Estados.

Los Estados tienen determinadas obligaciones jurídicas en relación con los derechos sociales y, en particular, con el derecho a la salud. Los rasgos de los derechos sociales han llevado que algunos autores los consideren no como derechos sino como meras aspiraciones (Fernández Liesa 2013: 271 y Hausermann 1992: 42-73).

La progresividad en el desarrollo de los derechos se refiere a su realización, pero no a las obligaciones de los Estados partes que, en cuanto tales, constituyen medidas que deben adoptarse en un plazo razonable.

En cuanto al alcance de las obligaciones de los Estados, el art. 2, 1 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) indica que: “Cada uno de los Estados partes en el presente pacto se comprometen a adoptar, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

En cuanto a la naturaleza de las obligaciones el CESCR indicó, en su Observación General n° 3 (la índole de las obligaciones de los Estados partes, párr. 1 del art. 2 del Pacto), que incluyen tanto obligaciones de comportamiento como de resultado.

Este Comité en su Observación General n° 14 sobre las obligaciones de los Estados en cuanto al disfrute al nivel más alto posible de salud, manifiesta que los Estados tienen obligaciones de efecto inmediato en cuanto al derecho a la salud, como la garantía de que este derecho sea ejercido sin discriminación alguna (art. 2,2), la obligación de adoptar medidas (art. 2, 1) en aras a la plena realización del art. 12.

El que la realización de los derechos sea progresiva no implica que los Estados no tengan la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la realización del art. 12. En el caso de adoptar medidas regresivas, corresponde al Estado demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas.

De otro lado el derecho a la salud, indica el CESCR (párr. 33) impone a los Estados partes obligaciones de respetar, proteger y cumplir. A su vez la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover.

La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.

La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías del art. 12. La obligación de cumplir requiere a los Estados la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Por lo demás, como deriva de la Observación General n° 3 del CESCR, los Estados tienen la obligación de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos, incluida la atención primaria básica de salud.

Entre esas obligaciones básicas, como señala el Comité, destaca el garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre; garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como un suministro adecuado de agua limpia potable; facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS; velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población, sobre la

base de un proceso participativo y transparente, con métodos e indicadores que permitan ver los progresos realizados y prestando especial atención a los grupos vulnerables o marginados.

Además, como señala el CDESCR (Observación General nº 14, párr. 44), entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes: velar por la atención de la salud genésica, maternal (prenatal y postnatal) e infantil; proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad; adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir enfermedades epidémicas y endémicas; impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades; proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

IV. GARANTÍA SOSTENIBLE DEL DERECHO A LA SALUD

“En la relación público – privado... no sólo es importante la justificación del intervencionismo público a partir de los fallos de mercado, sino que también es relevante el tipo de respuesta que puedan darse desde el Estado:

Así, la nueva agenda de modernización de la gestión pública tiene un significado muy importante para establecer el equilibrio entre lo que puede y debe asignarse vía mercado y vía Estado.

En efecto, si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado”.
(González-Páramo et al. 2003)

Al terminar el capítulo II alcanzábamos las primeras conclusiones de esta investigación acerca de lo que la sociedad quiere en materia sanitaria. Posteriormente, abordamos en el capítulo III cómo puede desarrollarse el derecho a la protección de la salud.

En este tercer capítulo, concluimos que los mercados sanitarios tiene fallos de eficiencia y de equidad que hacen necesaria la intervención de los poderes públicos. Pero el Estado también adolece de fallos. ¿Estos fallos del sector público implican volver al mercado como mecanismo de asignación y de desarrollo de la prestación sanitaria?

La solución no está en volver al mercado cuyos fallos en la equidad son incompatibles con el paradigma de deseabilidad social mostrado, sino en la mejora del funcionamiento del sector público. La solución al problema se intenta descifrar en el capítulo que se está iniciando.

En él se va a aterrizar en las cifras del gasto sanitario, se estudiará la tendencia de dicho gasto desde la segunda mitad del siglo pasado, su relación con el PIB y la renta y la incidencia de la crisis en los últimos siete años.

El problema se sitúa entonces, en cómo hacer compatible el derecho a la salud con la necesidad social en un contexto de incremento del gasto, de aumento de las necesidades sociales debido a factores demográficos y a la cronificación de las enfermedades y de crisis económica y sus consecuencias que se incorpora a la ecuación.

Revisaremos las consecuencias de la respuesta que ha dado el gobierno a la crisis. Se ha traducido en medidas de austeridad y recortes que no han mejorado la eficiencia del sistema, sino que se han materializado en la reducción de la cobertura en todos sus aspectos.

La siguiente pregunta, en clave de investigación que se hace es ¿entonces, qué debemos hacer?

Si la vuelta al mercado no es la solución, entonces el camino a recorrer se sitúa en la mejora del gobierno del sistema público en aras de corregir ineficiencias. Pero prestación pública no puede ser sinónimo de gasto creciente permanentemente.

Se relaciona la esperanza de vida y la mejora de salud con el nivel de gasto sanitario de los países, se revisará como a partir de un determinado nivel de gasto no se obtienen resultados significativos en salud, es decir, definimos la curva de producción de salud como una curva de rendimientos marginales decrecientes.

La consecuencia es que la mejora de los niveles de salud, a partir de un nivel, no se obtiene con mayor gasto, sino con otras medidas que ahonden en la sostenibilidad del sistema.

Se proponen, de una parte, medidas de sostenibilidad interna, basadas en la mejora de la gobernanza y la gestión.

Por su parte, la sostenibilidad externa necesita de nuevos enfoques que racionalicen el sistema. La determinación de que factores influyen o definen el nivel de salud de las personas es clave para poder intervenir en términos de mejora de salud. Al inicio del capítulo se hace una revisión de los modelos de determinantes de la salud, incidiendo especialmente en los factores de desigualdad social. Se concluirá que el sistema de asistencia médica solo contribuye, en parte, al nivel de salud.

Pero para garantizar la sostenibilidad externa también es preciso definir un contenido mínimo esencial del derecho a la protección de la salud. Finalmente, se hace una propuesta que relaciona una gradación de necesidades sanitarias con una gradación del nivel de protección requerido.

IV. 1. Los determinantes de la Salud

«La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.»

(Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)

4.1.1. Antecedentes

En el anexo I se realiza un repaso de la evolución demográfica española desde 1800. Se concluye que algunos factores son determinantes en el desarrollo de los indicadores demográficos, la literatura ha profundizado en el estudio de dichos factores.

Contra lo que suele pensarse, la asistencia sanitaria no es el único elemento, desde luego no ha sido el más relevante en el devenir de la transición demográfica. La relación que existe entre la salud y la sociedad es algo más compleja.

La epidemiología histórica establece tres etapas diferentes en esa relación:

Una primera etapa, donde los esfuerzos se centraron en averiguar las causas del principal problema de salud: las epidemias infectocontagiosas. Este periodo se extiende hasta el momento finisecular del siglo XVIII.

A partir de ese momento, y hasta el primer tercio del siglo XX, se produce una segunda etapa con el nacimiento del concepto de prevención de la salud y se relacionan las enfermedades con la industrialización, el desarrollo económico y las condiciones de vida de las personas.

Un tercer periodo, que comprende hasta la actualidad, en el que se ha profundizado en el conocimiento de las causas para la prevención de las enfermedades, y en el que han tenido lugar los avances más importantes de la historia en la tecnología y en el conocimiento médico.

De esta manera, el concepto de salud ha ido transformándose en el transcurso del tiempo. En un primer momento, su concepto iba unido a la ausencia de enfermedades o de limitaciones en la vida física o psíquica de las personas. Se trataba de un concepto negativo, la salud como negación de una situación de enfermedad.

Las dificultades de esta definición son evidentes, es necesario identificar qué es enfermedad y qué no lo es. Sin embargo, no es sencillo delimitar la línea que separa aquellas situaciones de “normalidad” en la salud de las que están fuera de los límites establecidos de normalidad. De hecho, el propio concepto de normalidad en la salud es cambiante y relativo a cada realidad cultural y social incluso para cada individuo.

Este modelo conceptual de salud fue cambiando. Según Villar Aguirre (2011) la sociología médica fue definida por primera vez por Charles McIntire, pero fue, sin duda, el saldo negativo, en lo que se refiere a impacto medio ambiental, que arrojaba el desarrollo industrial en el primer tercio del siglo XIX lo que empieza a tener consecuencias evidentes en la salud.

El incremento enorme de fábricas no solo generaba contaminación del aire, también suponía una reordenación de la forma de vida de los trabajadores que se hacían en barriadas colmadas de viviendas insalubres, con serias deficiencias en el abastecimiento de agua potable y redes de saneamiento de fecales, además de las duras condiciones laborales y los bajos salarios.

Enfermedades como la malaria, la tuberculosis o el cólera se cobraban numerosas víctimas; esta circunstancia, y la propia debilidad de los obreros, tenía como consecuencia una menor productividad y una mayor contratación de niños, para sustituir a los adultos, cada vez más reducidos en número por las altas tasas de mortalidad y morbilidad.

Algunos años antes, Peter Frank (1941) había mostrado su preocupación por los efectos de la miseria en el nivel de salud de la población. Alineado con el pensamiento del despotismo ilustrado, leal servidor del emperador José II, lejos de ser un revolucionario llegó a la conclusión de que la pobreza tenía dos consecuencias: Crimen y enfermedad. También llegó a la conclusión de que donde hay pobreza no hay libertad.

A su vez, parte de su pensamiento bebía de las fuentes del iusnaturalismo, creía firmemente que las personas tenían un “*derecho natural*” a una vida decente.

Posteriormente, Edwin Chadwick dirigió una comisión constituida a petición de los patronos que tenía como objetivo estudiar el problema. En sus conclusiones, editadas en 1842, vinculó las condiciones ambientales con la esperanza de vida.

También por aquellos años, el patólogo alemán Rudolf Virchow se le consideró el padre de la medicina social. Fue el primero en investigar las relaciones entre salud y sociedad y entre salud y política, con su famosa frase: “*La medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina en gran escala*”.

Lemuel Shattuck en 1850, en Estados Unidos llegó a conclusiones similares: La influencia de la miseria y de las malas condiciones de vida en el nivel de salud de la población era muy considerable.

Poco a poco, los gobiernos fueron comprendiendo la importancia de estos factores sociales y su incidencia en la enfermedad y fueron naciendo los servicios de salud pública.

El desarrollo de estos servicios tuvo consecuencias en la morbilidad y en la reducción de las tasas de mortalidad, incluso antes de ser descubiertos los antibióticos y otros fármacos que han supuesto avances significativos en el tratamiento de las enfermedades.

Había nacido también la Salud Pública como disciplina científica cuya finalidad era orientar las acciones de salud, para atender a la población. En 1920, Winslow en Estados Unidos, redactó la primera definición de Salud Pública: “*La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería. Así como el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud*”.

Hacia 1930-1940 se afianza cada vez más el criterio de que la restauración de la salud debe formar parte de la salud pública, integrándose en los servicios o los sistemas nacionales de salud.

De esta manera, se iba desarrollando un concepto más amplio y con nuevas perspectivas de la salud en los modelos teóricos. Así, Stampar (1945) presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la OMS “*La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque*” implícitamente asociaba el estado de salud con la plena autonomía y bienestar.

El historiador alemán Henry Sigerist (1948) fue el primero en usar la palabra promoción de la salud. “*La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación.*”

Pero en los años 50, se cuestiona la equiparación de bienestar con salud por ser utópica, ya que es prácticamente imposible alcanzar el completo bienestar físico, mental y social; la definición es estática, subjetiva. De esa manera, en 1956, René Dubos define la salud como un espejismo que merece la pena buscar, aunque es esencialmente inalcanzable: “*salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado*”.

Otro de los conceptos más importantes de la época ha sido el de Milton Terris (1957) que asimila la salud en *"Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* quien nos dice también que esto está sujeto a dos cosas; por una parte es subjetivo (la sensación de bienestar) y por otra es objetivo y medible (la capacidad de funcionamiento).

Comienza por tanto a interpretarse la salud de los individuos en el marco de la relación salud -bienestar de las personas. La salud se define entonces, incorporando la idea de bienestar físico y psíquico de las personas, hasta que Herbert Dunn (1959) incorpora la dimensión social de la salud:

"Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea".

Ciertamente estos planteamientos activaron la visión de la salud pública desde la óptica de los factores que subyacen en las causas de las enfermedades. De esta manera el concepto de salud ha ido desarrollándose a partir del concepto de determinantes de la salud, es decir, del conjunto de factores que influyen en el estado de salud de los individuos y de las sociedades.

4.1.2. Modelos explicativos de los determinantes de la salud

En los años setenta se relaciona la salud con el medioambiente, de esta manera la declaración de Estocolmo de 1972 afirma por vez primera en un organismo internacional, que el deterioro de las condiciones ambientales se relaciona con la disminución en los niveles de salud de la población.

Varios países protagonizaron la emergente concepción de salud. Lanzaron la idea de Salud Pública y determinantes de la Salud con un impulso político que nunca había tenido.

A partir de este momento los determinantes de la salud estuvieron presentes o ausentes en las políticas sanitarias dependiendo del momento. Algunos autores como Marchiori y Pellegrini (2007:73-98) distinguen tres etapas:

Una primera etapa en la que se impulsa el concepto de determinantes de la salud, que se inicia a mediados de los setenta y tiene un punto álgido en 1976 con la Conferencia de Alma-Ata. En esta Conferencia, además se puso de relieve la estrategia de atención primaria para lograr niveles óptimos de salud.

Una segunda etapa, entre las décadas de los ochenta y los noventa, en la que predominó el enfoque de la salud como bien preferente y, por tanto toda la estrategia pública se centraba en la atención sanitaria individual.

En el tercer y último periodo, ya en el siglo XXI, se retoma el debate sobre los determinantes de la salud a partir del documento *"los objetivos de desarrollo del milenio"*

y con la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en el año 2005. La Comisión publica su informe en el año 2008.

La literatura científica por su parte, en los últimos años del siglo XX y el siglo actual, ha avanzado notablemente en el estudio de las relaciones entre la forma de organizarse una sociedad y el estado de salud de su población.

Según Adler (2006:23), se pueden identificar tres generaciones de estudios sobre inequidades en salud:

La primera, describe las relaciones entre pobreza y salud. La segunda, define los gradientes en salud de acuerdo al status socioeconómico. Por último, la tercera generación, dedicada a los estudios sobre los mecanismos que producen las inequidades.

Se han desarrollado diversos modelos que han intentado explicar la influencia de ciertos factores sobre el estado de salud de las personas.

El primer objetivo planteado por toda la literatura fue el establecer una jerarquía de factores sociales, económicos y políticos que afectan al nivel de salud. No es sencillo, puesto que la relación causa-efecto no es directa. Por ejemplo, es indudable que el PIB per cápita es un indicador de riqueza, y que esto mejora las condiciones de vida de la sociedad. Sin embargo se observó que algunos países con un PIB menor tenían mejores resultados en salud, por tanto, no solo influye el nivel de renta alcanzado como país, sino como se distribuye este.

Otro de los objetivos planteados por las distintas investigaciones ha sido distinguir entre determinantes individuales y determinantes grupales o colectivos. Es decir, se han detectado importantes diferencias de mortalidad, por ejemplo, entre distintos grupos socioeconómicos, incluidos, por ejemplo, por el acceso a la educación, al tiempo que existen otros factores tales como los hábitos alimenticios o el consumo de alcohol y tabaco, que no son exclusivos de una clase social.

En definitiva, mientras los factores determinantes individuales explican adecuadamente las diferencias en el estado de salud dentro de un mismo grupo social, las diferencias entre diversos estratos sociales o diferentes países están relacionadas con otros factores tales como la distribución de la renta. Un ejemplo claro es Japón, donde la diferencia en el status de salud no se debe a hábitos muy diferentes individuales o a estilos de vida tan marcadamente diferentes, sino a que es uno de los países mas igualitarios del mundo.

Si realizamos un recorrido desde la década de los setenta, sin duda el modelo de Marc Lalonde (1974) supuso el primer hito en lo que a determinantes de la salud se refiere. Pero hubo un previo, Laframboise (1973), que en ese momento era Director General de la División de Planificación de la Salud y Bienestar Social en Canadá da a conocer su modelo en su artículo. En él, propone una división primaria entre cuatro factores que afectan al nivel de salud: estilo de vida, medio ambiente, organización del sistema de salud y la investigación médica y su aplicación según la biología humana. En sus conclusiones, propone un esfuerzo en mejorar estos factores como camino para conseguir mejorar los problemas de salud de la población.

Tan solo un año más tarde, basándose y desarrollando la semilla propuesta por Laframboise, el ministro de Salud Pública canadiense, Lalonde (1974), publicó el ya clásico informe "*A new perspective on the health of Canadians. A working document*". El informe es el resultado de un estudio que encargó a un grupo de epidemiólogos que

investigaron en una muestra representativa las causas de morbilidad y mortalidad de los canadienses.

En él establece cuatro determinantes básicos del nivel de salud de las personas: La biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria de cada sociedad en concreto.

La biología humana, se refiere a factores físicos y psíquicos relacionados con la herencia genética, con los procesos relacionados con la edad de las personas y con la compleja arquitectura biológica de los individuos.

Los factores ambientales incluyen elementos externos al cuerpo humano sobre los cuales los individuos tienen poco o ningún control. Se refiere, por ejemplo, a la calidad del agua, de los alimentos, de los medicamentos, la contaminación del aire o los ruidos en las ciudades.

En la categoría de estilos de vida se incluyen decisiones que toman los individuos, sobre las que tienen control pleno y que afectan a su nivel de salud. Por ejemplo, los hábitos relativos a la práctica del deporte, de una alimentación sana, el consumo de tabaco, alcohol o drogas.

En último lugar, el informe señala la organización de los sistemas asistenciales de salud. Se incluye la cantidad, calidad, accesibilidad y relación de los individuos con el sistema asistencial sanitario.

No se trata de factores que no se tocan y que no interactúan entre sí, muy al contrario, se trata de un modelo causal probabilístico, en el sentido de que un factor por sí solo no puede explicar todos los efectos que se producen. Se diferencian dos tipos de factores que determinan la salud, los que son inalterables y que tienen que ver con la propia biología de las personas y los que son resultado de las condiciones de vida y sociales que pueden ser objeto de modificación.

Edwards S. Rogers (1960) y John Fodor et al (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud, establecen un continuo entre salud y enfermedad, donde hay distintos grados de salud y de enfermedad con dos posiciones extremas, de máxima enfermedad o muerte y la situación de máxima salud, y una zona neutra entre los dos extremos.

Es el primer planteamiento de la concepción de salud-enfermedad en un sistema de gradación de ambas.

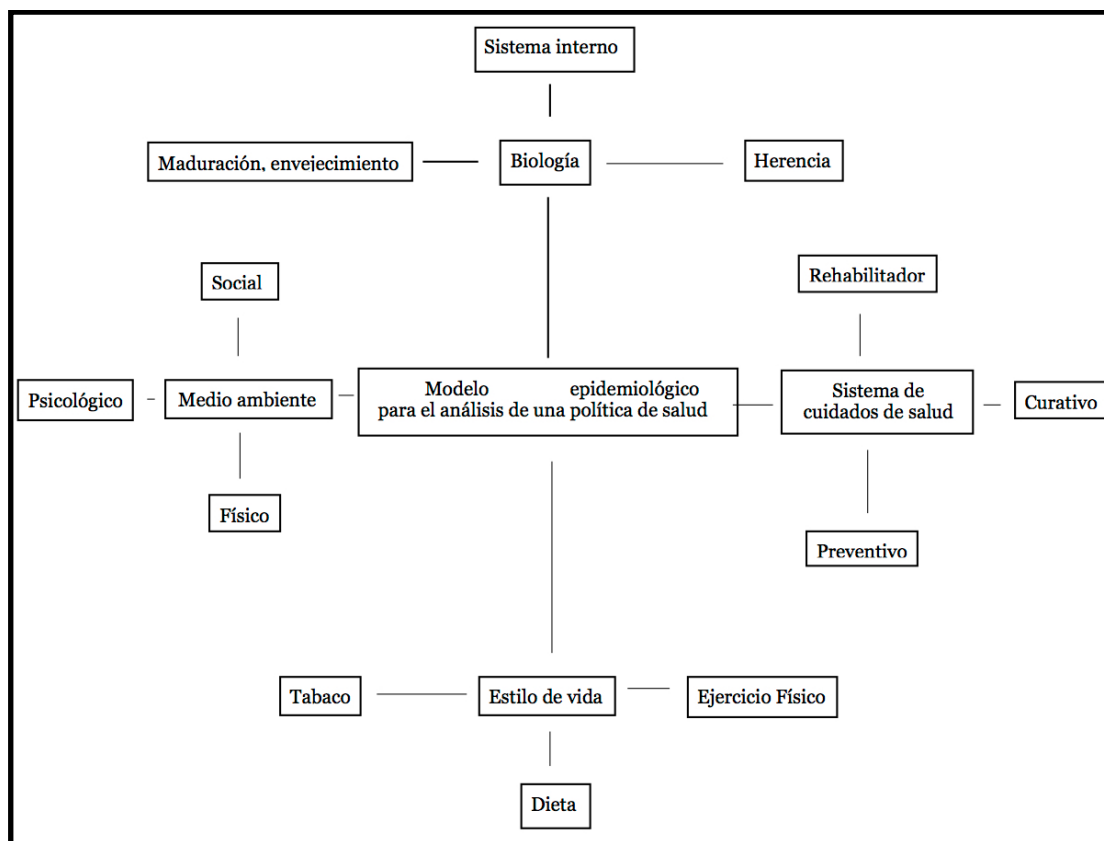
En 1975, Milton Terris profundiza en esta idea de la graduación de niveles de salud y enfermedad en la vida de una persona y establece dos conceptos: Salud subjetiva o percepción del individuo de su propia salud y salud objetiva o limitación de la capacidad funcional.

En 1976, Dever a partir del modelo de Lalonde (1974), establece su modelo epidemiológico en el que describe más minuciosamente cada grupo de factores. (Gráfico IV.1)

En definitiva, incluye en su modelo los cuatro factores, biología, estilo de vida, medioambiente y cuidados médico-profesionales, pero introduce mayor definición. Por ejemplo, la influencia ambiental es descrita en tres aspectos: psicológico, físico y social, o al sistema sanitario le otorga tres roles: rehabilitador, curativo y preventivo.

Todos los determinantes convergen en un modelo epidemiológico que debe ser sustento de la política de salud.

Gráfico IV.1. Modelo epidemiológico de Dever



Fuente: Dever (1976)

En 1980 se presta un nuevo impulso al concepto integral de salud. Se trata del informe remitido por Douglas Black (1980) al gobierno del Reino Unido, en el que se resaltaba la incidencia de las desigualdades sociales y económicas en aspectos de la salud e incluso en la probabilidad de morir, esto es, la esperanza de vida, según los niveles de renta.

Se demostró que, a pesar de que la salud en general había mejorado desde la introducción del estado de bienestar, hubo generalizadas desigualdades en salud. También encontró que la causa principal de estas desigualdades era la desigualdad económica.

El encargo había sido hecho por un gobierno laborista en 1977, pero fue entregado en 1980 a un gobierno conservador presidido por Margaret Thatcher. Lo dirigió Black siendo presidente del colegio de médicos, y contó con científicos como C. Smith, del Consejo de Investigaciones Científicas Sociales, J. Morris y P. Townsed de la Universidad.

Años después, la carta de Ottawa (1986) reunida el día 21 de noviembre de 1986 pone el acento en los factores socio económicos y ambientales que tienen repercusiones en la salud. La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

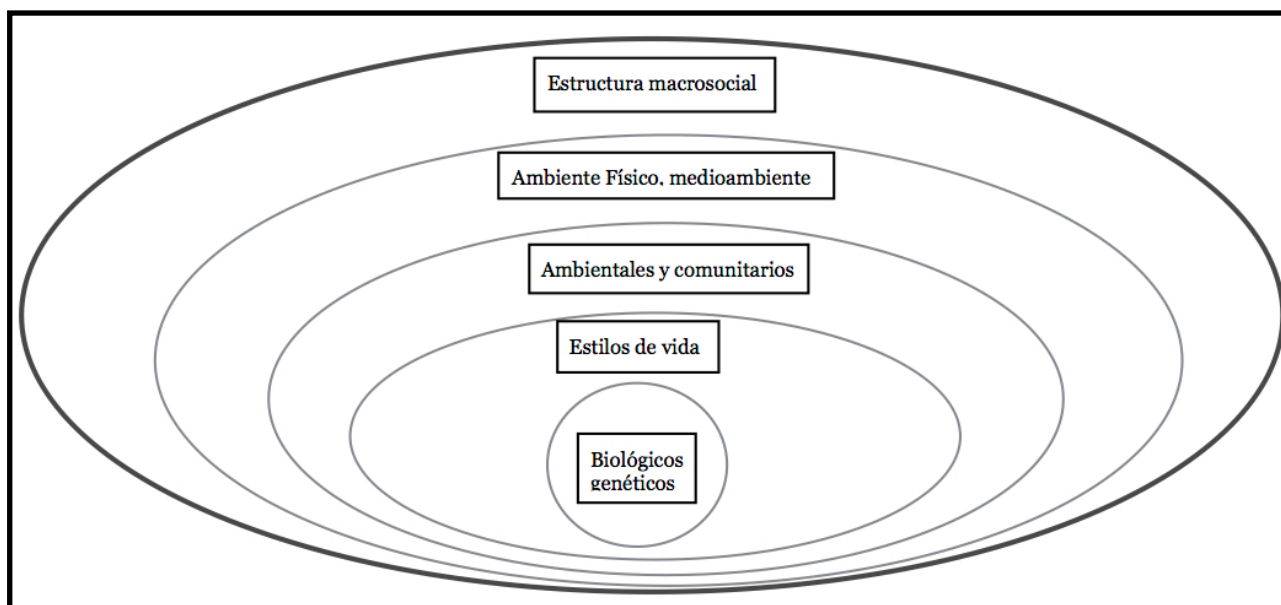
La OMS redefinió su concepto de salud como aquel deseable y alcanzable para que las personas puedan trabajar productivamente y participar en la vida social de su entorno. Se consideran pues, factores subjetivos como el bienestar físico, psíquico y mental, aspectos objetivos, como la capacidad de las personas y factores sociales, como la adaptación al medio.

El concepto de salud se liga, definitivamente, a los factores que determinan la misma, este enfoque marca, en gran medida toda la investigación posterior.

De esta manera, Tarlov (1989) estableció cinco niveles en su primer modelo de determinantes de la salud desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e intersectorial en el que apenas influyen las actuaciones en el campo de la salud. Tarlov excluye la atención sanitaria como determinante de salud, considerándola como estrategia reparadora:

- 1.- Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- 2.- Determinantes de estilo de vida.
- 3.- Determinantes ambientales y comunitarios.
- 4.- Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- 5.- Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Gráfico IV.2. Modelo de determinantes de la salud de Tarlov



Fuente: Tarlov (1989)

Todos estos nuevos enfoques, apuntan, como la manera más eficaz de reducir las desigualdades en salud, lograr que la exposición a la enfermedad sea igual desde una perspectiva social. Para ello, lo primero debería ser posible aislar las diferencias en salud que son evitables.

En el mundo, el acceso de las personas más humildes a los servicios sanitarios es más deficiente que para las personas más poderosas. Su alimentación es diferente, al igual que su entorno urbanístico social o el colegio que los da formación. Muchos de los problemas de salud pueden ser atribuidos a esas condiciones en las que se desarrolla la vida de las personas. Pero hay diferencias que son inevitables, por ejemplo, una mujer no puede sufrir cáncer de próstata, pero otras son el resultado de un determinado modelo de organización de la sociedad. ¿Hasta qué punto son evitables estas desigualdades?

Para Whitehead (1990), la respuesta a esta pregunta varía de país a país y en cada momento del tiempo. No obstante, en su análisis identifica siete determinantes de la salud:

- 1.- La variación natural o biológica.
- 2.- El comportamiento que daña la salud o la protege.
- 3.- La ventaja de un grupo social que promueve un comportamiento diferencial respecto a otros y beneficia o perjudica el nivel de salud de los miembros del grupo.
- 4.- Comportamientos que dañan la salud cuando no se produce una verdadera elección en el estilo de vida.
- 5.- Exposición a condiciones no saludables, estrés laboral o en otros aspectos vitales.
- 6.- El acceso deficitario a los servicios de asistencia sanitaria.
- 7.- La movilidad social relacionada con la salud, se refiere al aumento de las probabilidades de que una persona enferma descienda en la escala social.

Existen factores asociados a los recursos económicos y al entorno físico y social en el que las personas viven y trabajan.

Algunas conductas de riesgo, como fumar, falta de ejercicio físico o alimentación inadecuada son más comunes en grupos menos privilegiados. Existe una interrelación entre el comportamiento individual de algunas personas y el entorno social en el que se desenvuelven.

Por otra parte, existen factores asociados a una deficiente provisión de servicios sanitarios que también está correlacionada con los grupos de mayor necesidad.

En cuarto lugar, Whitehead señala que las personas enfermas tienen mayor probabilidad de empeorar su situación social y con ello aumentar la posibilidad de deteriorar, de nuevo, su estado de salud.

En todo caso, el riesgo de cada uno de los factores varía en cada país. Por ejemplo, en algunos lugares la pobreza es el más relevante, en otros, las condiciones laborales.

De manera amplia se aceptan como inequidades evitables las contenidas en los puntos 4, 5, 6 y 7, y las diferencias contenidas en los puntos 1, 2 y 3, no se clasificarían como inequidades en la salud.

Para Whitehead existen tres características que son específicas de las desigualdades sociales en salud: son sistemáticas, tienen origen social y son injustas.

- 1.- Son sistemáticas porque se repiten según un patrón a modo de fractal. De esta manera Marmot (2004) establece el concepto de *gradiente social* que es definido

como el deterioro del nivel de salud que experimenta la población a medida que desciende su posición social.

2.- Tienen un origen social, ya que están relacionadas con el tipo de organización social y económica que se impone en la sociedad, todo modelo social es susceptible de ser modificado, de hecho, probablemente están en continua transformación.

3.- Son injustas, aunque implica un juicio ético, es perfectamente sostenible que si se pueden mejorar las condiciones de salud de una sociedad modificando parte del conjunto de reglas de organización de la misma, es injusto mantener una situación en la que perviven las desigualdades sociales que generan desigualdades en salud.

“La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar favorecido para lograrlo en que la medida que ello pueda evitarse”. (Whitehead 1991:6).

El sentido de injusticia variará en cada país, en cada sociedad y en cada momento del tiempo. Por ello, un criterio usado es el del grado de elección. Si las personas tienen una menor posibilidad de elección de su modo de vida o de sus condiciones laborales, entonces las diferencias en salud pueden ser consideradas injustas.

El objetivo de la política para la salud no debe ser eliminar todas las diferencias en salud, sino eliminar aquellas que vienen provocadas por factores evitables e injustos.

Whitehead y Dalhgren señalan la diferencia clave entre la equidad en salud y la equidad en la asistencia sanitaria: *“El objetivo último de la equidad en la salud es la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socioeconómicos(...)En cambio, el objetivo último de la equidad en la asistencia sanitaria es la perfecta adaptación de los servicios sanitarios al nivel de necesidad, favoreciendo que se produzcan grandes diferencias entre el acceso y el uso de estos entre distintos grupos socioeconómicos, a favor de los grupos más desfavorecidos y con más necesidades”.* (Whitehead y Dalhgren 2010:21).

Es decir, una asistencia equitativa es aquella que *“implica una organización justa que permite la igualdad en el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios disponibles para todas las personas a igual necesidad de asistencia.”*

Entre las variables que configuran el gradiente social se encuentran los niveles de desempleo, de educación, la clase social de pertenencia o las características de la zona de residencia.

Se establece una diferencia clara entre diferencias sociales justas y desigualdades injustas. La OMS propone el uso del término “equity” e “inequity” para evitar confusiones semánticas, y el concepto de inequidad se refiere a aquellas *“diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas”.*

Las desigualdades en la salud son por tanto diferencias sistemáticas, injustas y evitables.

Entre los determinantes de la salud, será fundamental tratar de identificar que desigualdades son evitables y cuáles no. Para ello, se han desarrollado varios modelos conceptuales:

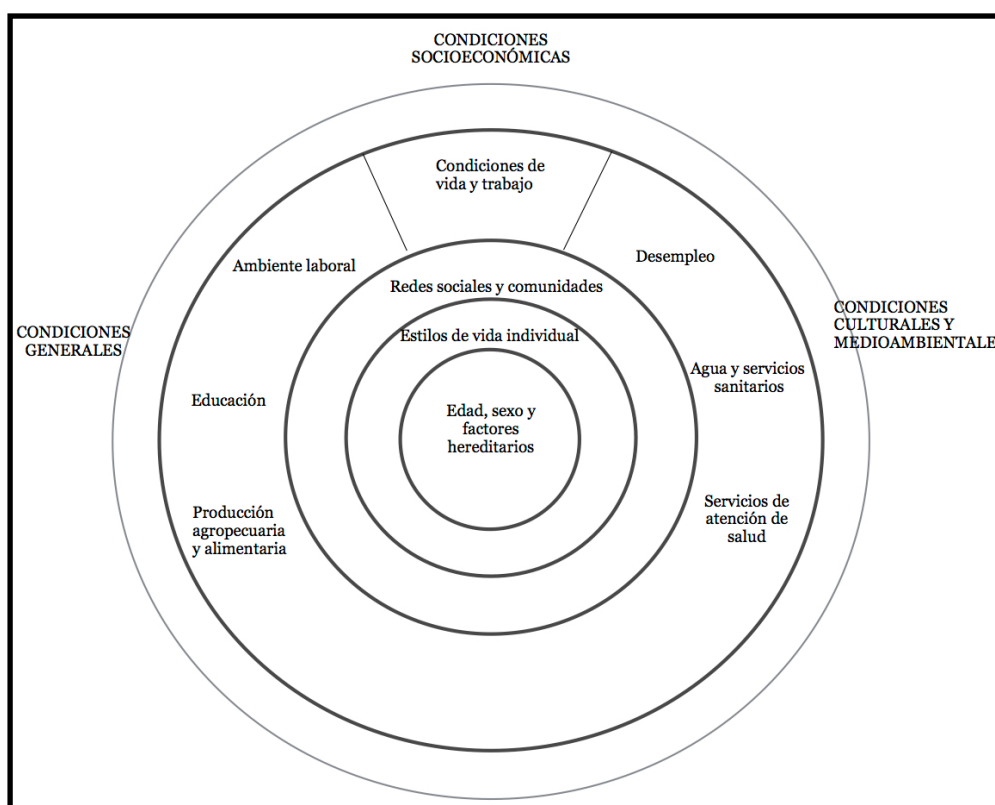
En primer lugar, Dalhgren y Whitehead (1991) desarrollan un modelo que muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas. Desde el círculo central en el que se

encuentran los factores biológicos de los individuos, se añaden anillos circulares. En este núcleo central se instalan ciertas diferencias que tienen que ver con la propia constitución de las personas, de la misma manera que las personas son diferentes en otros atributos.

Los hombres son más propensos a sufrir infartos de miocardio que las mujeres, las mujeres sufren problemas específicos del sexo como el cáncer de cervix. En este grupo se integrarían también las diferencias de salud debidas a las diferencias de edad.

Todos estos determinantes no constituyen inequidades, en todo caso, son diferencias insalvables. Pero si existen otras diferencias que no dependen de factores biológicos y que se escapan del control de las personas en la elección de la situación que da origen a esa diferencia. (Véase el gráficoIV.3).

GráficoIV.3. Modelo de producción de inequidades en salud de Whitehead y Dahlgren



Fuente: Whitehead y Dahlgren (1991)

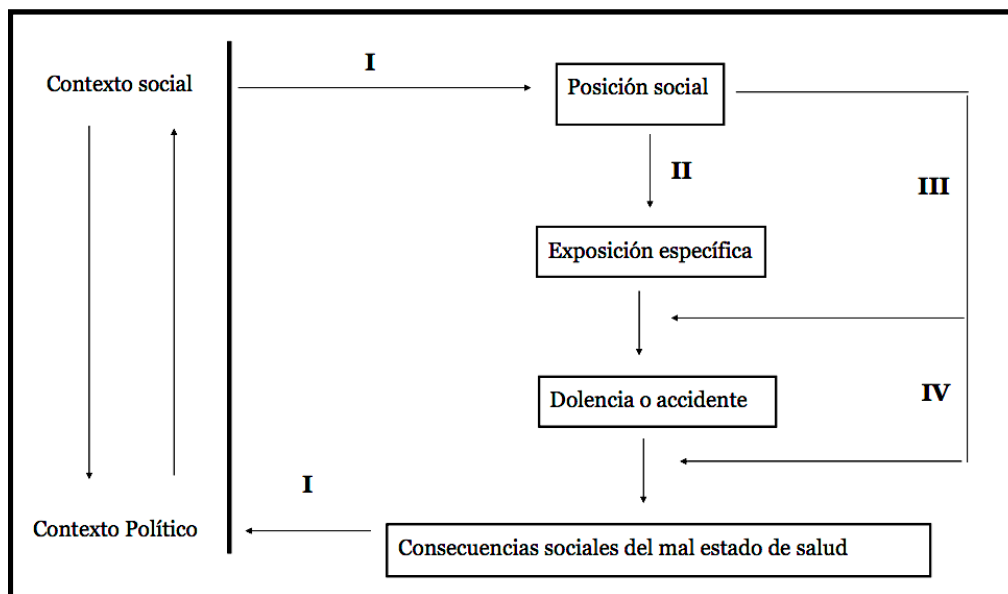
El primero de los anillos concéntricos se corresponde con los comportamientos individuales que tienen efectos en el nivel de salud. El segundo círculo concéntrico, más alejado del núcleo, incluye las redes sociales y comunitarias, incorpora las diferencias resultantes de comportamientos grupales diferentes.

Una tercera corona circular incorpora vivienda, servicios sanitarios, agua e higiene, desempleo, condiciones de trabajo y de vida, medio laboral, educación y agricultura y producción de alimentos.

Finalmente, el anillo más alejado del círculo central se corresponde con las condiciones socio-económicas, culturales y medioambientales desde una perspectiva más amplia.

Un segundo modelo, es el modelo de Diderichsen y Hallqvist (1998) (gráfico IV.4), que se centra en la distribución por clases sociales generada por el contexto social. Fue revisado en 2001 por Diderich, Evans y Whitehead.

Gráfico IV.4. Modelo de Diderichsen y Hallqvist



Fuente: Diderichsen y Hallqvist (1998)

Este modelo recalca cómo los contextos sociales crean una estratificación social y asignan a las personas distintas posiciones sociales.

En el gráfico I.20 se observa el conjunto de interrelaciones entre el individuo y su contexto social. El contexto social, es decir, el ámbito educativo o el mercado de trabajo, determinan la posición social de cada individuo. Es precisamente la posición social diferente la que origina diferente exposición a los riesgos sobre la salud.

Por su parte, la diferente exposición a los riesgos genera diferente nivel de enfermedad y, por tanto, diferentes consecuencias sobre el estado general de salud.

Un tercer modelo, propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005), agrupa los determinantes en dos tipos:

- a) Estructurales, generan diferencias y clases sociales. Entre los factores estructurales se incluyen, de una parte, el contexto socioeconómico y político, se refiere a aquellos que afectan a la distribución de poder y riqueza dentro de la estructura social. Incluye gobierno y actores económicos y sociales, ambos núcleos de poder determinan las políticas macroeconómicas, el modelo de mercado laboral y las políticas del Estado de Bienestar que son aplicadas por los poderes públicos, el nivel de ingresos, la educación, el género, la raza y la sexualidad.

Toda política y su jerarquía se encuentra sustentada en un determinado contexto cultural. La estructura social, guiada por distintos ejes de desigualdad como la clase

social, el género, la raza y el territorio. Aquí se pone de manifiesto las desigualdades en salud debido al poder y al acceso a los recursos.

b) Intermedios, determinan las diferencias en la exposición a los factores que afectan a la salud.

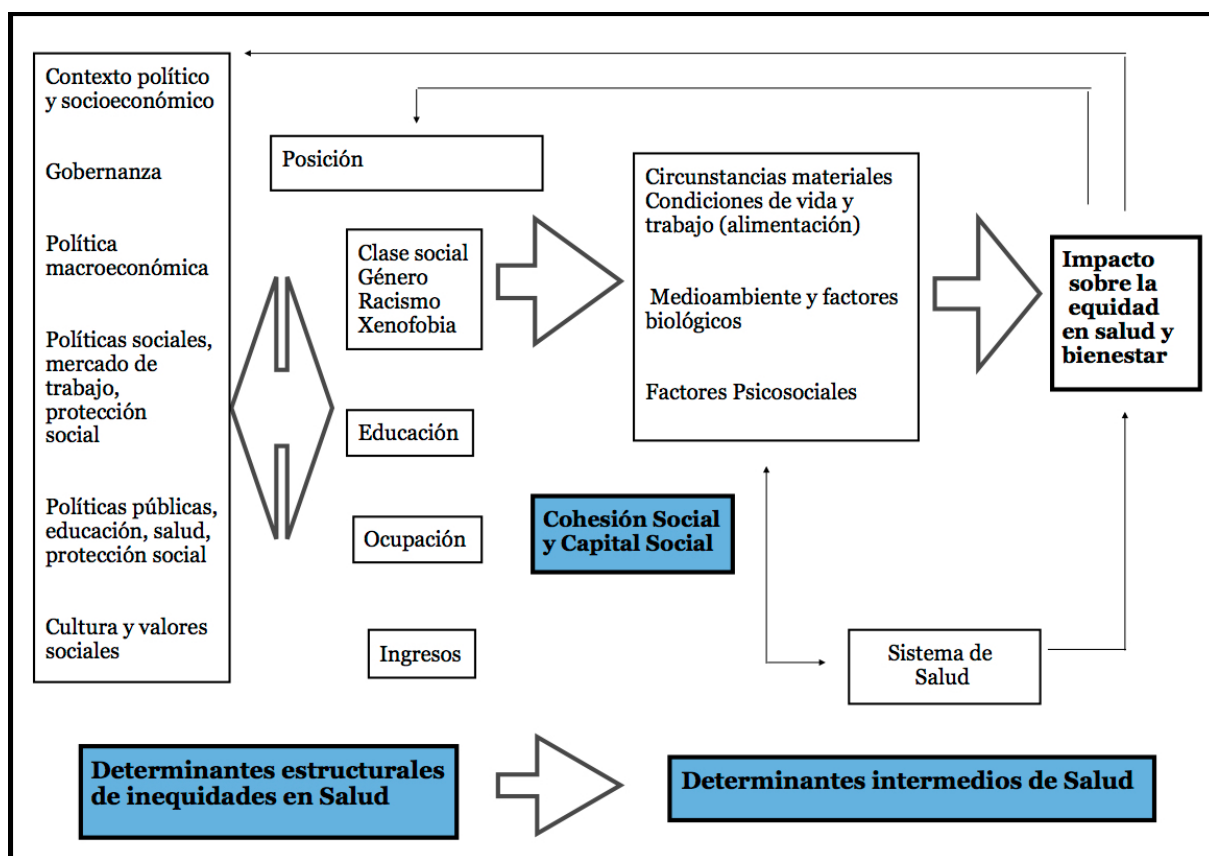
Los determinantes intermedios vienen determinados por la estructura social. Los factores incluidos aquí son los recursos materiales, es decir condiciones de empleo, carga de trabajo reproductivo, nivel de ingresos, calidad de la vivienda y los equipamientos del entorno y el barrio de residencia.

Los factores materiales influyen, a su vez, en los factores psicosociales como el estrés o la falta de apoyo social y también en las conductas que influyen en la salud.

Por último, el menor acceso a los servicios sanitarios de algunos grupos sociales redonda en mayor desigualdad de salud.

Este modelo es el que ha adoptado la Comisión, para aislar los determinantes del nivel de salud sobre los que hay que actuar, para reducir las desigualdades en salud en España en 2010. Se trata de una adaptación de los modelos de Orielle Solar y Alec Icwim por Vicens Navarro. (Gráfico IV.5).

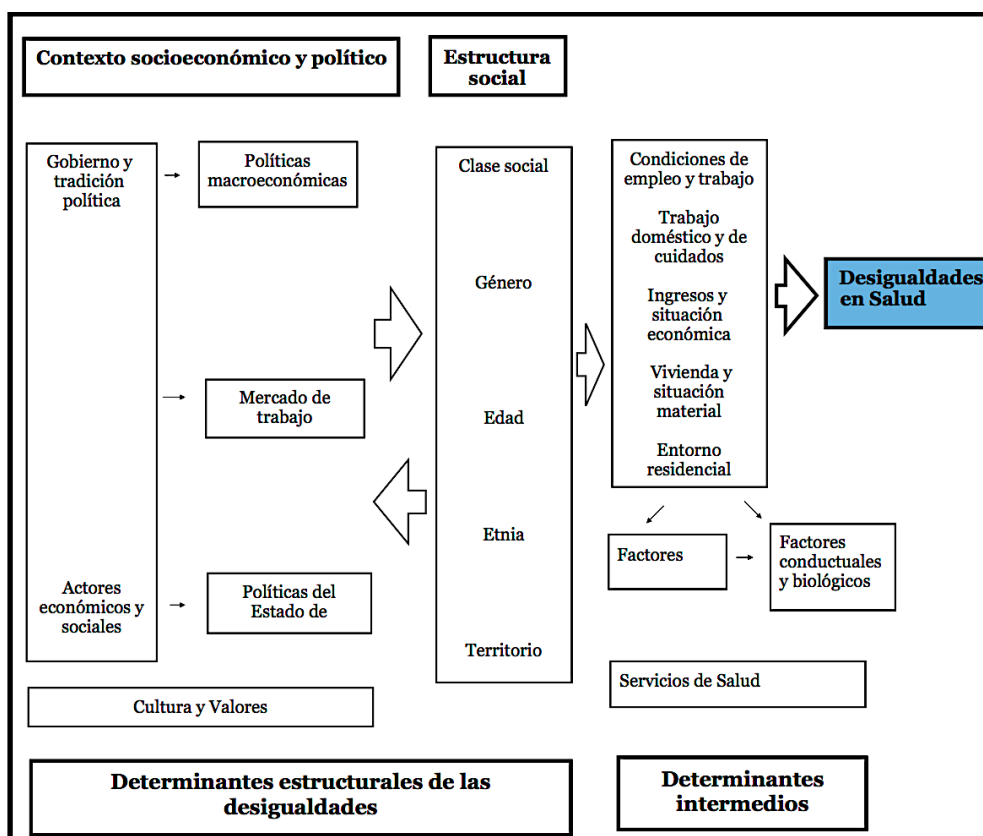
Gráfico IV.5. Modelo de determinantes de la salud de la OMS



Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008)

Siguiendo la senda de las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS en el 2008, los determinantes de la salud incluyen dos tipos de factores de las desigualdades en salud: Estructurales e Intermedios. (Gráfico IV.6).

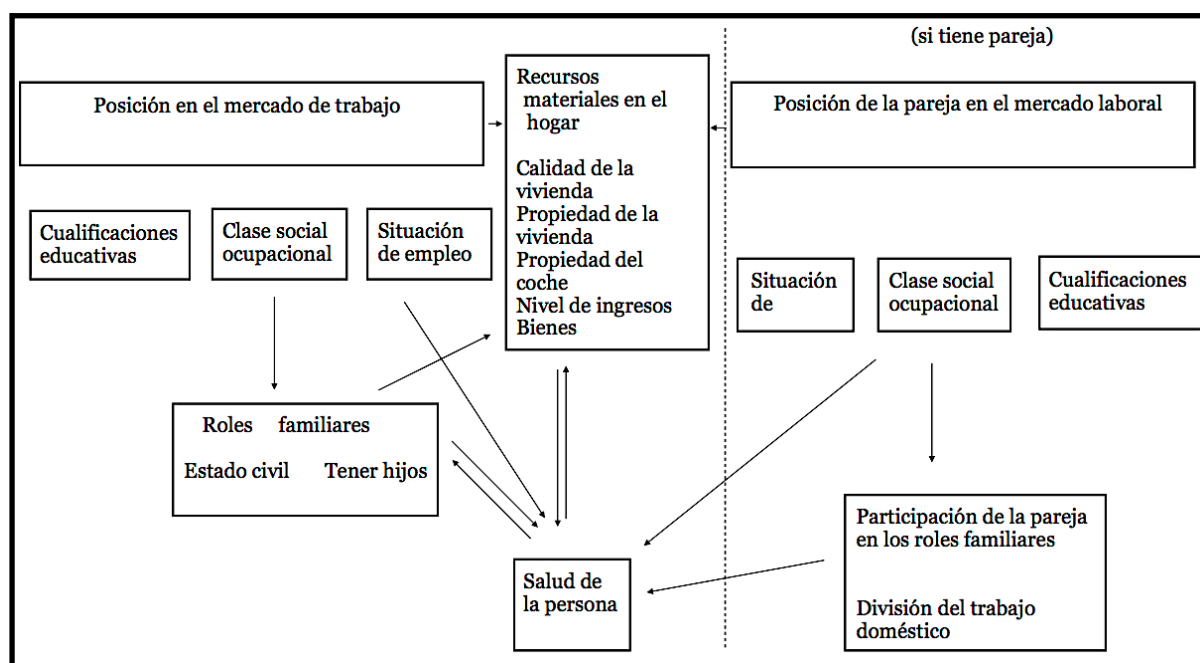
Gráfico IV.6. Modelo elaborado por el Mº de Sanidad y Políticas Sociales



Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social "Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España"

El cuarto modelo conceptual, enunciado por Arber, (gráfico IV.7) incorpora la desigualdad entre hombres y mujeres en el ámbito laboral y en cuanto a titularidad de riqueza, al tiempo que relaciona las repercusiones de estos factores sobre la salud:

Gráfico IV.7. Modelo conceptual de Arber



Fuente: Arber (1997)

Otro modelo para explicar las desigualdades de género en salud es el propuesto en un informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, Sen y Östlin, (2007), que señala que las combinaciones de género con raza, clase social tienen como resultante los determinantes estructurales de género.

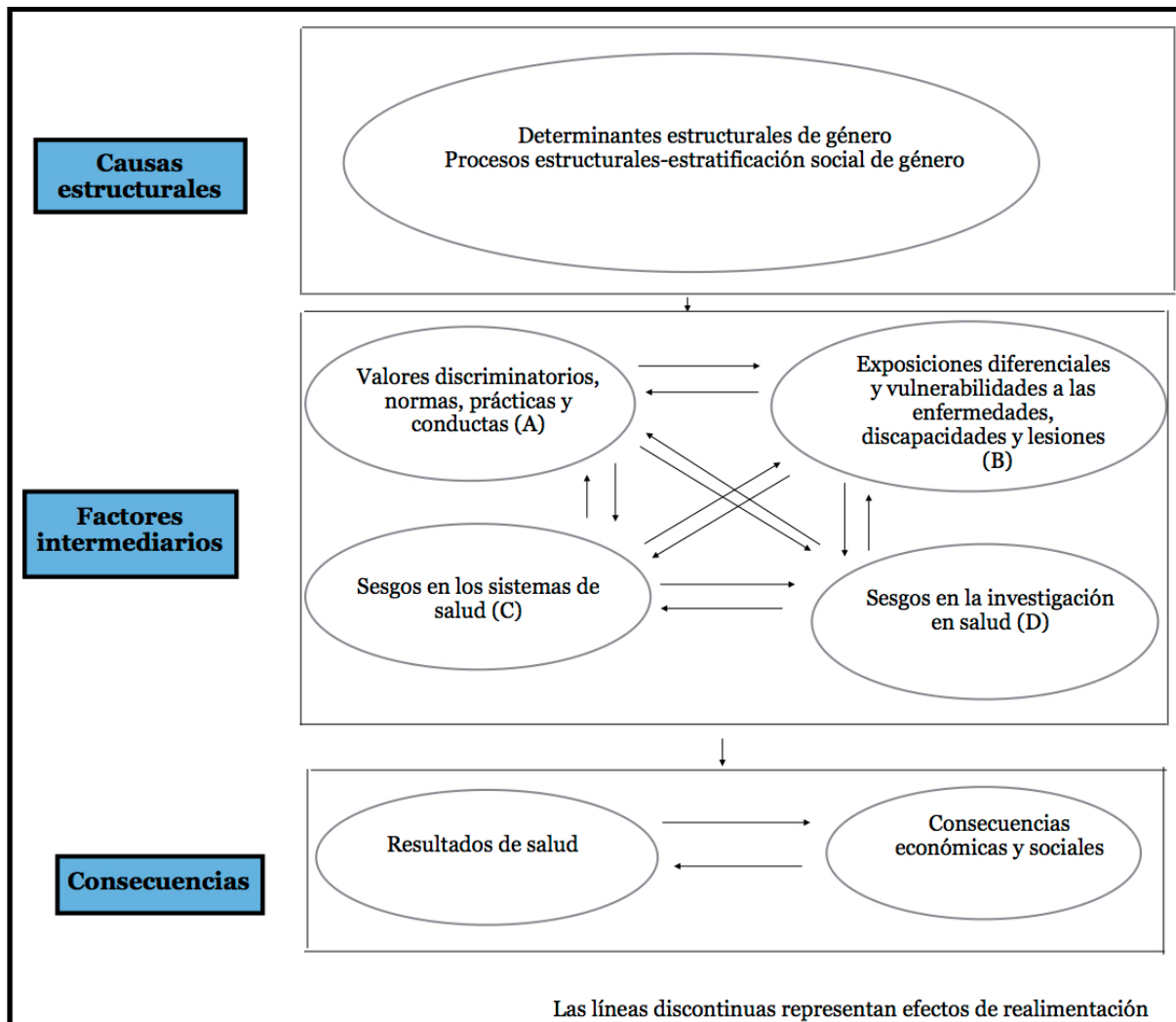
En el gráfico IV.8 se sintetiza este modelo:

La primera de las cajas incluye los factores estructurales, de género y procesos estructurales de estratificación social.

La segunda caja recoge los factores intermediarios, desde las prácticas y conductas discriminatorias hasta los sesgos en asistencia médica o en investigación sanitaria, pasando por las diferentes situaciones de vulnerabilidad frente a las enfermedades o las discapacidades.

Por último, la tercera y última caja incluye las consecuencias económicas y sociales de los factores determinantes de las desigualdades en salud, y a su vez la incidencia de estas últimas en la desigualdad en la salud.

Gráfico IV.8. Modelo de Sen y Östlin



Fuente: Sen y Östlin (2007)

El modelo de Wilkinson y Marmot (2006), más que elaborar un modelo, buscaron datos empíricos entre los determinantes sociales y el nivel de salud de las sociedades y aislaron diez determinantes sociales de la salud:

- 1.- Jerarquía social, las personas que se encuentran en los niveles más bajos de la escala social están sometidas al doble de probabilidades de padecer enfermedades graves que las personas situadas más cerca de las élites sociales. La situación de desigualdad no es exclusiva de los niveles más desfavorecidos de la sociedad, se produce en todos los niveles de la sociedad, de manera que a medida que se desciende en posición social, gradualmente se aumenta el riesgo de enfermedad.
- 2.- Estrés, un estado de ansiedad duradero en el tiempo, aislamiento social, falta de control sobre el trabajo, entre otros factores, desencadenan consecuencias sobre nuestro nivel de salud.

- 3.- Primeros años de vida, en la primera infancia y en el periodo prenatal se establecen las bases de la salud adulta.
- 4.- La exclusión social, las situaciones de pobreza y la marginación tienen impacto sobre la salud y acortan la vida.
- 5.- Trabajo, para la salud de las personas es mejor tener un trabajo que no tenerlo, pero los trabajos sometidos a menores niveles de estrés preservan mejores niveles de salud.
- 6.- Desempleo, los efectos negativos del desempleo sobre la salud comienzan a sentirse desde el mismo momento en que la persona encuentra su puesto de trabajo amenazado.
- 7.- Apoyo social, el aislamiento social y la marginación están relacionados con índices más elevados de muerte.
- 8.- Adicción, la dependencia del alcohol, el consumo de drogas y el tabaquismo, en primer lugar, se relacionan con el incremento de las situaciones de desventaja social y contribuyen al incremento de enfermedades y muertes.
- 9.- Alimentación, el crecimiento económico y la mejora de las condiciones de vida llevó pareja la transición de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas. No obstante, el tipo de alimentación marca la aparición de determinadas enfermedades y es un factor determinante en las desigualdades sociales. La alimentación diferente según el estrato social determina desigualdades en el nivel de salud.
- 10.- El décimo y último determinante social de la salud es el transporte, desplazarse en bicicleta, andando o en transporte público tiene incidencia en la reducción de índices de mortalidad en accidentes de tráfico, además de reducirse la contaminación acústica y atmosférica.

La oficina regional de la OMS en América Latina, Pan American Health Organization (PAHO) propone un modelo que sigue la senda de las recomendaciones de la CDSS .

Identifica una serie de factores determinantes que son estructurales, que interactúan entre sí y con el sistema de salud.

Otros factores son intermedios que intervienen en la calidad de vida, en las formas de conducta y en los riesgos ambientales que dan lugar a modificaciones en la esperanza de vida, en la morbilidad y en el bienestar de la sociedad.

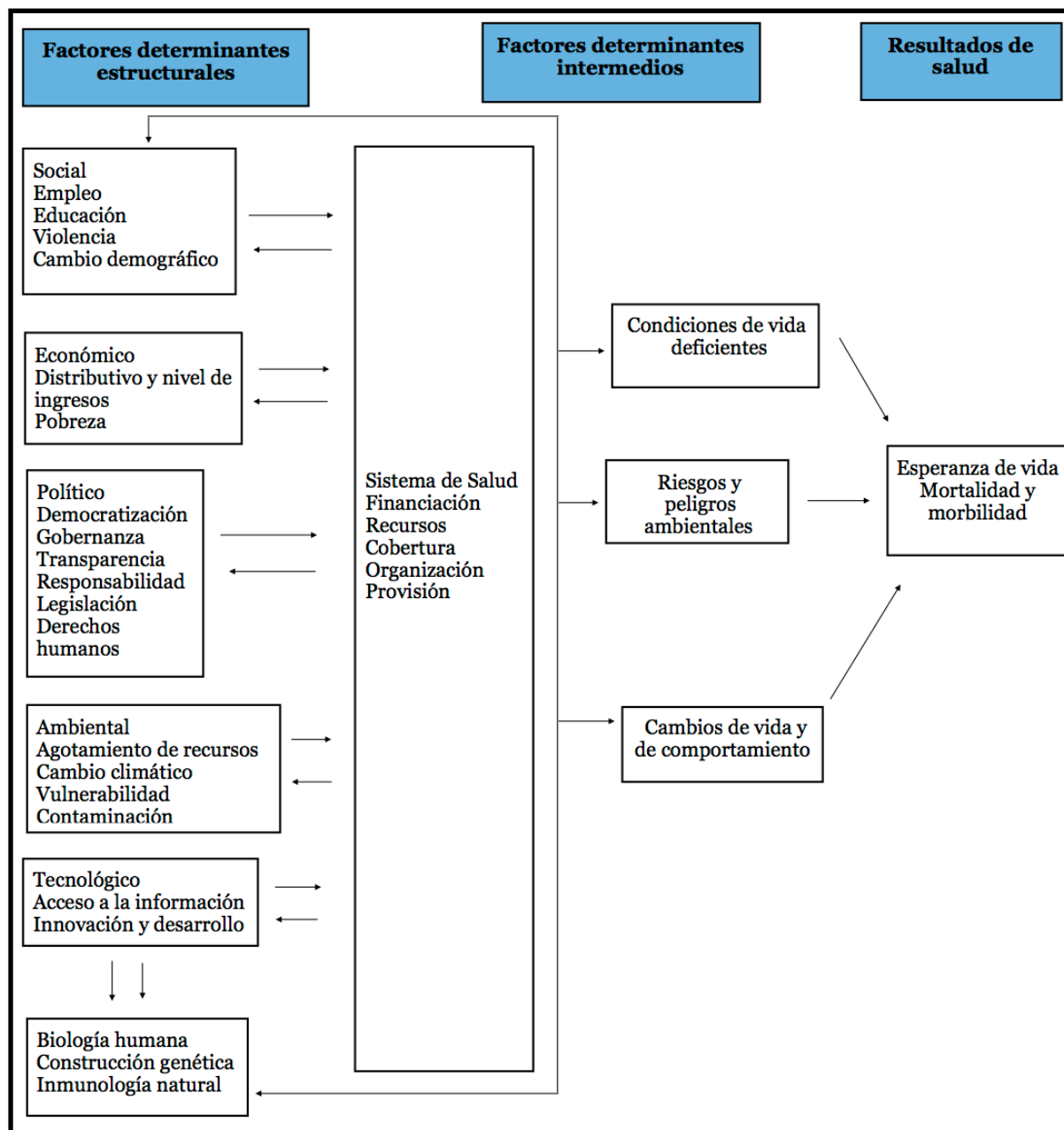
El modelo es aplicable a la salud ambiental: algunos determinantes están íntimamente ligados a los factores ambientales y, por tanto, a la vida en las ciudades.

Se estima que el 24% de la carga mundial de morbilidad y el 23% de todas las defunciones pueden atribuirse a factores relacionados con el medio ambiente.(PAHO 2007).

La salud ambiental es el resultado de la interacción de distintos factores. Cuando se produce un periodo de retroceso económico, aumenta la rápida urbanización de aluvión, la pobreza, la inequidad y la desestructuración de familias y comunidades que dan lugar, en definitiva a ambientes poco saludables.

En el gráfico IV.9 se muestra el esquema de factores estructurales e intermedios.

Gráfico IV.9. Modelo PAHO



Fuente: Loyola E. Progress on children's environmental health in the Americas International Conference for the evaluation of global health strategies. Florence, Italy, 2006.

Muchos problemas de salud se agravan por el ruido, la inseguridad vial, el tratamiento deficiente de residuos sólidos urbanos, el hacinamiento en los hogares, el tabaquismo o el consumo de drogas y violencia recurrentes en entornos de marginalidad.

Por tanto a la hora de definir los determinantes sociales de la salud, el entorno físico, ya sea urbano o rural, va a ser clave.

La Comisión de Macroeconomía y Salud creada por la OMS obtuvo resultados que fueron determinantes. De esta manera, la misma organización crea la Comisión sobre determinantes de la Salud en el 2005. (OMS 2005)

Se ha abierto toda una ventana de investigación desde la que las desigualdades sociales se sitúan como elemento a combatir para la mejora de los niveles de salud de la sociedad. Los trabajos de la Comisión terminan en 2008 con la publicación del informe *“Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”*, dicho informe fue traducido a seis idiomas.

El objetivo de la Comisión era influir en la hoja de ruta de las políticas la lucha contra las desigualdades para reducir inequidades en el ámbito de la salud. Para ello intentó relacionar el conocimiento científico con la práctica y el diseño de políticas, contando con personas de prestigio internacional y de instituciones relevantes del sector de la salud.

La incorporación de los determinantes de la salud en la investigación médica representa la incorporación de políticas gubernamentales y regulaciones normativas en la detección de las causas biológicas de las enfermedades, o de manera mas precisa, en el estado de salud de las personas.

La consecuencia es que numerosas organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales, centros de estudios, organizaciones internacionales y países han mantenido los determinantes de la salud en la agenda política y de la investigación científica en los últimos años.

La 62ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra el 22 de mayo de 2009, reafirmó las conclusiones del informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud en el informe *“Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes de la salud”*(OMS 2009).

Este nuevo concepto de las políticas de Salud cambia algunos paradigmas. La distancia con que ha mirado la ciencia médica a la ética no ha tenido la misma intensidad a lo largo de la historia. De esta manera, la medicina y la ética han caminado de la mano desde el código hipocrático, aunque es en el siglo XX cuando se perfila con mayor definición la bioética.

En efecto, por muy neutral que intente ser la ciencia, no podrá desprenderse de un determinado sesgo ético, que en ocasiones presenta problemas difíciles de resolver.

La prospección de las causas sociales de las causas naturales de las enfermedades proyecta dos tipos de preocupaciones morales: En primer lugar, obviamente, por la propia salud de los individuos, en segundo lugar, por intentar eliminar o reducir las desigualdades sociales que están en el origen de determinadas enfermedades, lo que supone en sí mismo una posición ética y un juicio de valor sobre la justicia social. Sin embargo para el investigador médico esto se sitúa fuera de la órbita de lo normativo, entra de lleno en el grueso de lo epistemológico de la ciencia de la salud.

Si bien los sistemas de asistencia médica son una pieza clave en la prolongación de la vida y en la mejora de la calidad de vida de las personas enfermas, de ahí que el acceso universal al sistema sanitario es uno de los determinantes sociales de la salud, también es cierto que la evidencia ha demostrado que *“(…)las causas comunes de mala salud que afectan a poblaciones son ambientales y aparecen y desaparecen con mucha mayor rapidez que los cambios genéticos de ritmo lento porque reflejan los cambios en nuestra forma de vivir. Por este motivo, la esperanza de vida ha mejorado de manera tan drástica durante las últimas generaciones.”* Wilkinson y Marmot (2006:7-8).

Estas diferencias sociales obedecen básicamente a desigualdades de status o a desigualdades de tipo material. De esta manera se suscitan dos cuestiones:

La primera de ellas, es la relación tan estrecha que se asume entre los determinantes de la salud y la equidad.

La segunda cuestión abre el debate acerca de los contenidos que la misma equidad debería redefinir en función de los determinantes de la salud.

La política en materia de salud tradicionalmente se resolvía con la provisión de asistencia sanitaria y la ordenación de su financiación. Con la incorporación de los determinantes de la salud, primero desde el ámbito académico, posteriormente desde las estructuras de gobierno, se genera una nueva interpretación de las causas de la enfermedad y de los mecanismos para mejorar la salud.

Después de muchos esfuerzos en lograr la universalidad de los servicios sanitarios en los sistemas más avanzados, llegamos a la conclusión de que se trata de una condición necesaria para la equidad en salud, pero de ninguna manera suficiente.

En países con sistema sanitario universal como Reino Unido, la diferencia de esperanza de vida de un niño de un barrio humilde de Glasgow, en relación con un niño perteneciente a un barrio rico es de 10 años menos. En Francia la esperanza de vida correspondiente a un trabajador manual no cualificado de 35 años de edad es de nueve años menos que la correspondiente a un trabajador no manual. (Whitehead y Dahlgren 2010).

La investigación de los determinantes de la salud debe marcar un camino no solo académico, sino también orientador de las políticas públicas.

Es evidente que desde la publicación en el 2008 del informe de la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS y su réplica en los diferentes Estados, ha seguido generándose literatura científica y de investigación.

La eficacia de una política de salud pública no solo reside en los avances médicos, técnico-sanitarios o en la mejor asistencia sanitaria, todo eso contribuye notablemente, pero el autentico salto cualitativo se sustancia en la lucha contra las desigualdades sociales que dan origen a las diferencias en salud.

4.1.3. Determinantes de la salud en Europa y España

El siglo XX culminó con tasas muy bajas de mortalidad por causas infecciosas en los países desarrollados. De hecho, los instrumentos con los que ha contado la sociedad, antibióticos, salud pública e incluso educación y el propio crecimiento económico iban dirigidos a la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Las enfermedades crónicas no respondían a las mismas medidas que las enfermedades infecciosas (Pérez Moreda et al. 2015).

En el caso español, la tabla IV.1 muestra la reducción de la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre inicios de siglo y 1962, con reducciones de más del 90% en personas de menos de 40 años.

La tuberculosis en el mundo ha dejado de estar entre las diez primeras causas de muerte, pero sigue estando entre las quince primeras, según la OMS. En los países desarrollados ya no representa una causa de muerte y aunque no está erradicada se atribuye que un 20% de los casos de tuberculosis pulmonar tiene su origen en el consumo de tabaco.

Tabla IV.1. Reducción en % de la tasa de mortalidad por tuberculosis. España

Edad	1932/1906	1962/1932	1962/1906
Menos de 1 año	-44	-64	-80
1-4	-54	-95	-98
5-9	-68	-91	-97
10-14	-58	-95	-98
15-19	-39	-99	-99
20-24	-39	-97	-98
25-29	-38	-92	-95
30-34	-47	-86	-93
35-39	-42	-83	-90
40-44	-44	-79	-88
45-49	-30	-75	-83
50-54	-16	-71	-76
55-59	-14	-64	-69
Más de 60	-10	-32	-38

Fuente: INE

En la actualidad las causas de muerte están relacionadas con enfermedades crónicas, cardiopatías, cáncer y tumores, enfermedades respiratorias y diabetes.

En Europa las tres principales causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias.

Según la OMS los países con ingresos más altos presentan una situación radicalmente diferente respecto a los países más pobres. Las principales causas de muerte en estos son: infecciones respiratorias bajas, diarreas, paludismo y tuberculosis (solo estas afecciones representan el 30% de los fallecimientos, prematuridad en el parto, complicaciones en el parto, asfixia del bebé y traumatismos en el nacimiento).

En los países más ricos, 7 de cada 10 muertes ocurren a personas de más de 70 años y la mortalidad infantil se sitúa en el 1% del total, en los países pobres, 4 de cada diez muertes ocurren a mayores de 70 años y la mortalidad infantil es el 20% del total.

Tabla IV.2. Peso relativo de las defunciones por causa de muerte (1906)

Edad	Diarrea y enteritis	Otras infecc.	Tuberculosis	Otras enf. epidém.	Ap. dig.	Ap.resp.	Ap. circul.	Cáncer	Causa externa	Resto causas	Mal definida	Total	Detalle infecc.
0	26,6	4,8	0,3	10,8	0,2	19,1	1,5	0,0	0,6	32,8	3,3	100	61,6
1-4	26,9	13,8	1,1	14,9	0,2	16,7	1,3	0,0	1,0	19,9	4,3	100	73,4
5-9	7,6	13,6	4,3	25,4	0,6	13,5	4,0	0,2	3,3	22,6	4,9	100	64,4
10-14	4,4	4,8	12,1	27,1	1,1	8,7	7,2	0,2	4,8	24,3	5,3	100	57,2
15-19	2,9	2,2	26,2	22,3	1,3	8,8	6,7	0,3	5,1	20,4	3,9	100	62,3
20-24	2,4	1,6	31,0	16,7	1,2	9,2	5,9	0,4	4,7	23,1	3,7	100	60,9
25-29	2,4	1,1	29,5	13,9	1,4	9,8	7,0	0,8	4,1	26,2	3,6	100	56,8
30-34	2,8	0,9	24,5	13,0	2,0	10,9	8,7	1,6	3,7	27,9	4,0	100	52,1
35-39	3,2	0,5	20,0	12,1	2,4	12,6	10,4	2,8	3,3	28,4	4,3	100	48,4
40-44	3,6	0,4	16,1	10,8	3,1	14,3	13,3	4,9	3,0	26,3	4,2	100	45,2
45-49	4,1	0,4	12,2	10,1	3,9	15,4	16,0	6,1	2,7	24,9	4,3	100	42,1
50-54	4,6	0,2	8,1	8,6	3,9	17,1	19,8	6,9	2,1	24,3	4,3	100	38,7
55-59	5,1	0,2	5,6	8,2	3,8	17,6	23,2	6,3	1,7	24,2	4,1	100	36,6
≥ 60	7,0	0,0	1,1	5,6	2,1	16,8	27,1	3,0	0,9	32,8	3,6	100	30,5
Todas las edades	14,6	4,6	5,3	11,3	1,4	16,2	11,7	1,7	1,6	27,8	3,8	100	52,0

Fuente: INE

La situación en España a principios del siglo pasado era similar. En las tablas IV.2 y IV.3 se muestra el cambio en las causas de mortalidad en España. En 1906, las enfermedades infecciosas se cobraban la mayor parte de las vidas, por encima del 60% en las edades más tempranas y en torno al 40% de los adultos. En 1962, cuando ya se había avanzado en el control de la mortalidad causada por enfermedades infecciosas, aún existían para las edades menores tasas altas de fallecimiento, en torno al 40%, por esta causa.

Tabla IV.3. Peso relativo de las defunciones por causa de muerte (1962)

Edad	Diarrea y enteritis	Otras infecc.	Tuberculosis	Otras enf. epidém.	Ap. dig.	Ap.resp.	Ap. circul.	Cáncer	Causa externa	Resto causas	Mal definida	Total	Detalle infecc.
0	10,1	6,6	0,3	7,4	1,7	22,5	2,3	0,4	0,7	47,2	1,0	100	46,8
1-4	9,6	5,4	0,8	11,9	1,7	20,5	3,5	4,7	5,7	28,7	7,5	100	48,2
5-9	2,7	2,3	1,9	9,7	3,1	10,7	7,3	9,2	18,5	26,8	7,8	100	27,3
10-14	1,3	0,7	2,3	6,5	4,3	10,6	12,7	8,7	21,5	23,5	7,9	100	21,3
15-19	1,0	0,3	1,9	5,6	3,7	7,6	16,6	7,9	32,1	17,7	5,6	100	16,4
20-24	0,6	0,0	6,6	4,9	3,0	3,7	1,9	8,0	38,1	15,8	4,4	100	15,8
25-29	0,8	0,0	10,1	3,8	4,8	3,7	16,4	8,3	29,5	17,3	5,4	100	18,3
30-34	0,8	0,0	12,5	3,7	5,5	4,2	17,3	11,8	25,4	14,9	4,1	100	21,1
35-39	0,5	0,0	11,4	3,7	6,6	4,1	18,4	16,1	20,3	14,2	4,7	100	19,6
40-44	0,5	0,0	9,5	3,0	8,1	4,3	21,2	21,9	15,0	12,5	3,9	100	17,3
45-49	0,4	0,0	7,6	2,8	8,2	5,0	23,4	24,9	11,0	12,0	4,7	100	15,9
50-54	0,4	0,0	5,4	2,2	8,9	5,7	26,8	26,0	6,5	12,4	5,7	100	13,6
55-59	0,4	0,0	4,3	2,1	7,7	7,6	30,3	24,8	4,7	12,3	5,9	100	14,4
≥ 60	0,8	0,0	1,1	2,6	3,9	9,7	40,5	13,1	1,7	19,8	6,7	100	14,2
Todas las edades	1,6	0,6	2,2	3,2	4,4	10,0	33,4	13,6	4,2	20,7	6,0	100	17,6

Fuente: INE

La tabla IV.4 muestra la causa de los fallecimientos en España en el año 2013, las únicas enfermedades infecciosas que siguen cobrando vidas son las pulmonares y en muchos casos se produce en pacientes pluripatológicos.

Tabla IV.4. Defunciones por causa de muerte 2013. España

Enfermedades sistema circulatorio	30,1
Tumores	28,4
Enfermedades sistema respiratorio	10,9
Enfermedades sistema nervioso	5,5
Enfermedades sistema digestivo	5,0
Trastornos mentales	4,3
Causas externas	3,8
Enfermedades sistema endocrino	3,1
Enfermedades sistema genito-urinario	3,0
Sintomas anormales clínicos	2,3
Enfermedades infecciosas	1,6
Enfermedades del sistema osteomuscular	0,9
Enfermedades de la sangre	0,4
Enfermedades de la piel	0,3
Malformaciones genéticas	0,2
Afecciones del nacimiento	0,2
En el embarazo o parto	0,0

Fuente: INE

Pero el estado de salud de la población no se puede determinar solo por la mortalidad o por las causas de defunción.

La mejora del estado de salud de la sociedad va de la mano del aumento de los años de vida y de la calidad de los mismos en términos de salud-enfermedad.

La esperanza de vida (EV) es uno de los indicadores sintéticos clásicos para aproximarse al estado de salud de una población en su conjunto. La esperanza de vida a una determinada edad se define como el promedio del número de años que se espera viva un individuo de esa determinada edad.

Pero para poder sintetizar en una sola medida tanto la duración de la vida como la calidad de la misma se diseñó un indicador: los años de vida saludable (AVS), basado en la mortalidad y en la limitación de actividad.

Otro índice del estado de salud de la población es la esperanza de vida en buena salud (EVBS), que se define a una determinada edad como el número de años que le quedan por vivir, en buena salud, hasta su fallecimiento.

En la tabla IV.5 se muestran los valores de la EV al nacer en los países de la OCDE, son valores elevados y similares entre ellos.

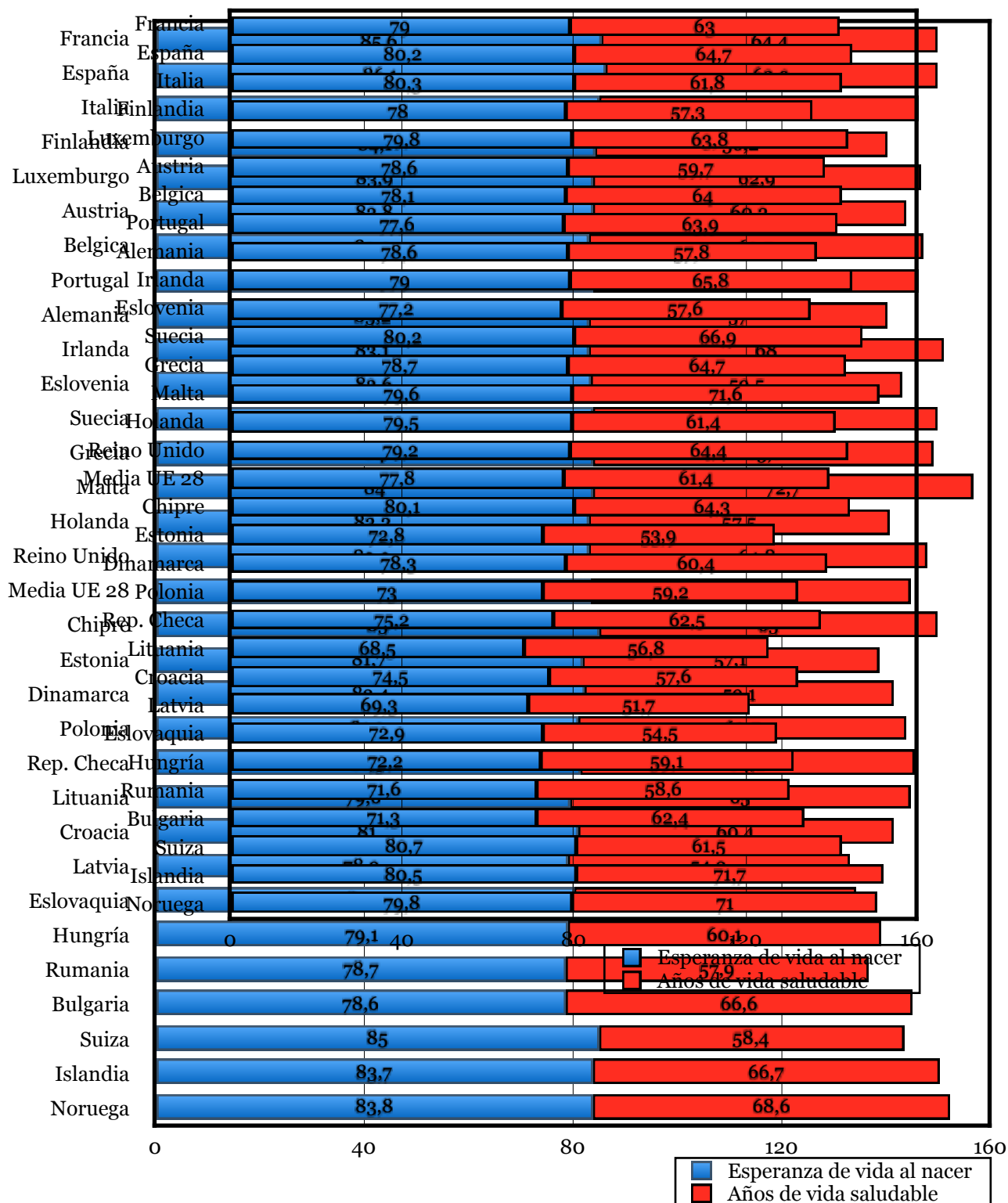
Tabla IV.5. Esperanza de vida al nacer en los países OCDE

España	82,5
Italia	82,4
Francia	82,1
Suecia	81,8
Luxemburgo	81,5
Países Bajos	81,2
Chipre	81,1
Austria	81,1
Alemania	81,0
Reino Unido	81,0
Irlanda	80,9
Malta	80,9
Grecia	80,7
Finlandia	80,7
Portugal	80,6
Bélgica	80,5
Eslovenia	80,3
Dinamarca	80,2
República Checa	78,1
Croacia	77,3
Polonia	76,9
Estonia	76,7
Eslovaquia	76,3
Hungría	75,3
Rumania	74,5
Bulgaria	74,4
Latvia	74,1
Lituania	74,1
UE 28	79,2
Islandia	83,0
Suiza	82,8
Noruega	81,5
Turquía	77,6
Montenegro	76,4
Serbia	74,9
Macedonia	74,9

Fuente: Eurostat <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Los gráficos IV.10 y IV.11 muestran la esperanza de vida al nacer y los años de vida saludables por género.

Gráfico IV.10. Esperanza de vida al nacer(EV) y años de vida saludable (AVS) varones, en el 2013



Fuente: Eurostat Statistics Database

La esperanza de vida es mayor en mujeres que en hombres, no en todos los países ocurre lo mismo con los años de vida saludable, cuyos valores son parecidos entre hombres y mujeres en la mayoría de países.

Gráfico IV.11. Esperanza de vida al nacer (EV) y años de vida saludable (AVS) mujeres, en el 2013

Fuente: Eurostat database

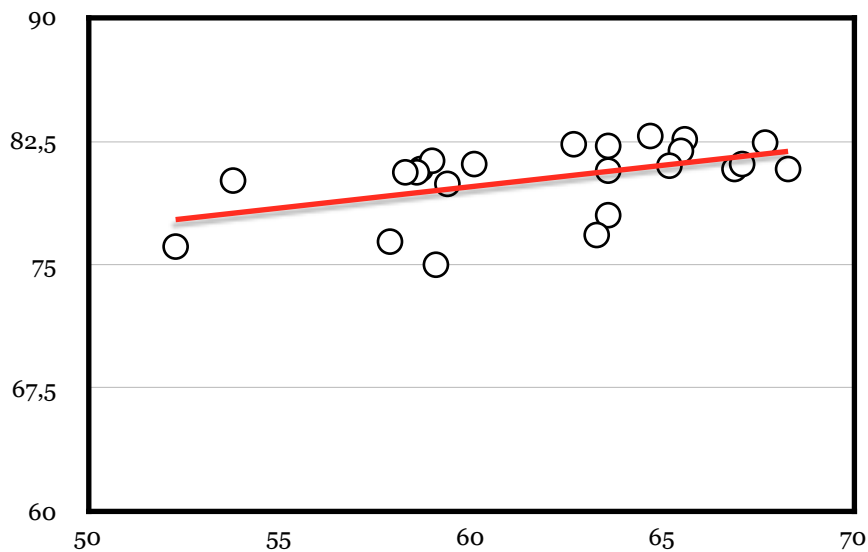
Tabla IV.6. Relación entre AVS y EV al nacer año 2011

País	Años de vida saludable al nacimiento	Esperanza de vida al nacer
Belgica	63,6	80,7
Rep. Checa	63,6	78,0
Dinamarca	59,4	79,9
Alemania	58,7	80,8
Estonia	57,9	76,4
Irlanda	68,3	80,8
Grecia	66,9	80,8
España	65,6	82,6
Francia	63,6	82,2
Italia	62,7	82,3
Luxemburgo	67,1	81,1
Hungría	59,1	75,0
Holanda	59,0	81,3
Austria	60,1	81,1
Polonia	63,3	76,8
Portugal	58,6	80,6
Eslovenia	53,8	80,1
Eslovaquia	52,3	76,1
Finlandia	58,3	80,6
Suecia	65,5	81,9
Reino Unido	65,2	81,0
Islandia	67,7	82,4
Suiza	64,7	82,8

Fuente: Eurostat database

La tabla IV.6 y el gráfico IV. 12 elaborado a partir de sus datos, relaciona la esperanza de vida con los años de vida saludable.

A medida que la longevidad aumenta, lo hace el número de años de vida saludable, por tanto, mejorar el nivel de salud no es solo aumentar la esperanza de vida, sino la calidad de la misma.



La esperanza de vida se ha incrementado notablemente para todos los países miembros de la Unión Europea en las últimas décadas. Algunas de las razones que podrían sustentar esa tendencia estarían relacionadas con los avances médicos, el mejor acceso a la sanidad, mejores estilos de vida o mejora de las condiciones de las personas que entran en la edad de jubilación. La esperanza de vida a los 65 es mayor para las mujeres (20,4) que para los hombres (19,1).

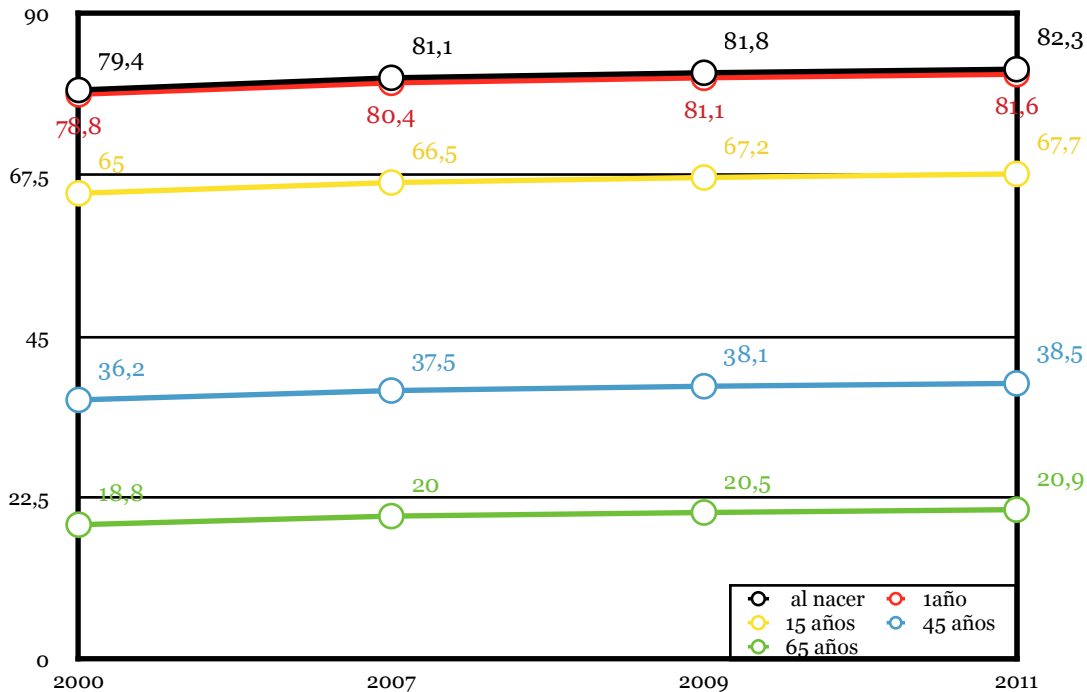
Sin embargo, en lo que se refiere a los años de vida saludable, no hay prácticamente diferencia entre ambos sexos por término medio en los estados miembros (8, años para los hombres y 8,7 años para las mujeres).

Gráfico IV.12 Esperanza de vida al nacer y años de vida saludable

Fuente: Eurostat database

La esperanza media de vida al nacer en los países de la UE 28 es de 79,2 años, España no solo ha logrado la convergencia con los países europeos, sino que señala el primer puesto con 82,5 años.

Gráfico IV.13. Esperanza de vida al nacer, al año, a los 15 años, a los 45, a los 65 en España



Fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos once años de manera sostenida en todas las edades que muestra el gráfico IV.12.

El incremento de la esperanza de vida sumado a la baja tasa de natalidad y a la disminución de población activa, se traduce en una mayor necesidad sanitaria asistencial para el tratamiento de enfermedades crónicas, con menos ingresos para la sostenibilidad del sistema.

Una primera tarea consiste en reducir los factores de riesgo que son determinantes de la salud. Repasamos, en primer lugar, los factores que son el resultado de una elección individual y posteriormente los determinantes sociales que no son elegidos por el individuo.

4.1.4. Determinantes de la salud relativos a una elección individual

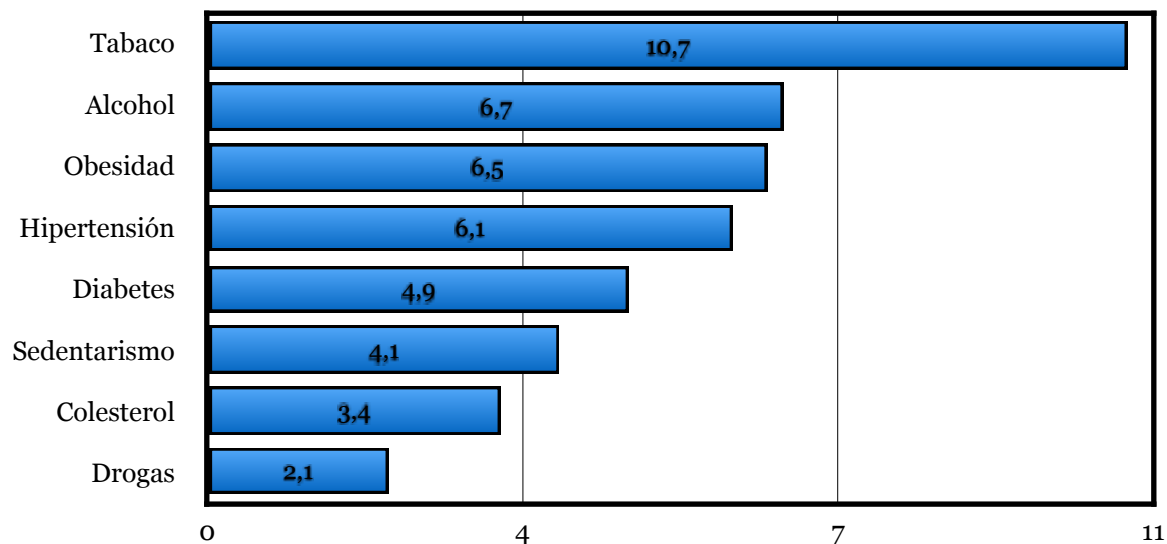
Los retos en Europa pasan por reducir la mortalidad que tiene como causa las enfermedades crónicas. España no es ajena a este objetivo, la evolución demográfica que experimentó durante el siglo XX la sitúa en un plano de convergencia con el resto de países europeos.

Las necesidades sanitarias han cambiado y los factores que suponen riesgo o amenaza para la salud son otros.

Podemos establecer dos grupos de factores de riesgo en función de la posibilidad de elección que tiene el individuo. Los factores de riesgo elegidos tienen una alta probabilidad de estar asociados como causa de algunas enfermedades.

En el gráfico IV.14 que exponemos a continuación presentamos los principales factores: Tabaco, alcohol, obesidad, hipertensión, diabetes, sedentarismo, colesterol y consumo de drogas.

Gráfico IV.14. Principales factores de riesgo de enfermedades y discapacidad en países con altos ingresos



Fuente: INE

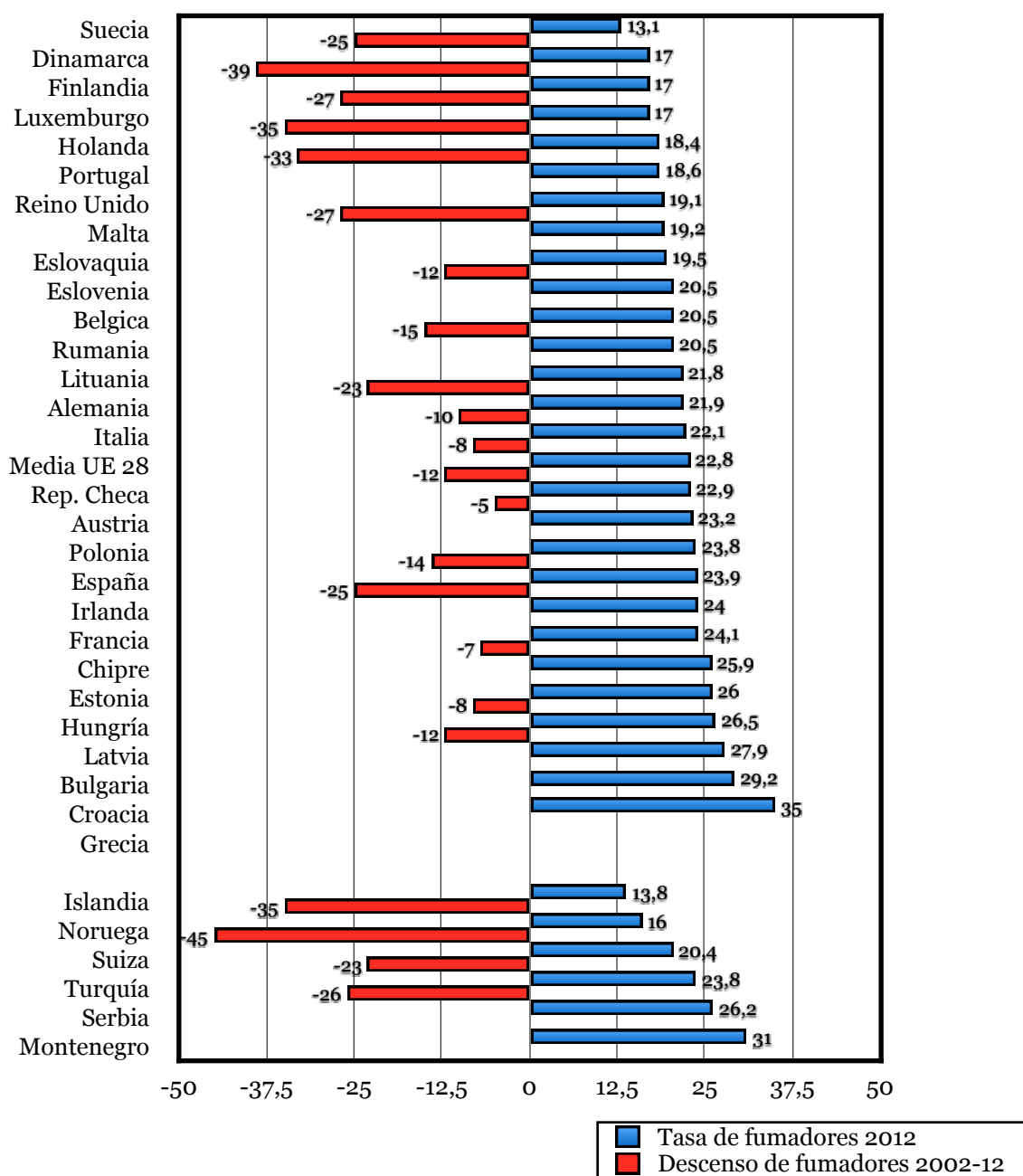
Algunos de los factores de riesgo pueden tener un componente genético, en determinadas enfermedades cardiovasculares (hipertensión, diabetes, colesterol), o en enfermedades tumorales, pero en la mayoría de ellos se puede apreciar un componente relativo a la conducta y, por tanto, a la voluntad de los individuos.

En lo que se refiere a los hábitos y forma de vida, nos referimos a los comportamientos que dañan la salud, que son evitables y producidos por el propio individuo, pero no podemos obviar que pueden tener su origen en un componente cultural y educativo. También englobaríamos en este grupo actitudes como la falta de una dieta equilibrada, la ausencia de actividad deportiva, la actitud temeraria en la carretera o en otras actividades que puedan suponer un riesgo para la salud.

Sin duda el consumo de tabaco, alcohol y las consecuencias de una alimentación inadecuada son factores determinantes de la salud en los que las costumbres sociales, o las modas de mercado tienen mucha responsabilidad. Se abre el debate de la legitimidad y, en su caso, la obligación de los poderes públicos para regular aquellos consumos potencialmente perjudiciales, sin duda, es imposible una política de salud pública, que maximice los recursos económicos y que prevenga enfermedades crónicas si la autoridad sanitaria se niega a intervenir. Por su parte, los detractores de la intervención se abrazan al manido argumento de la defensa de la libertad personal frente al todopoderoso Estado.

El primero de los factores de riesgo es el consumo de tabaco. Según la OMS el consumo de tabaco es la causa de la muerte de casi seis millones de personas al año en todo el mundo. En la Unión Europea la prevalencia del tabaquismo es elevada como mostramos en el gráfico IV.15:

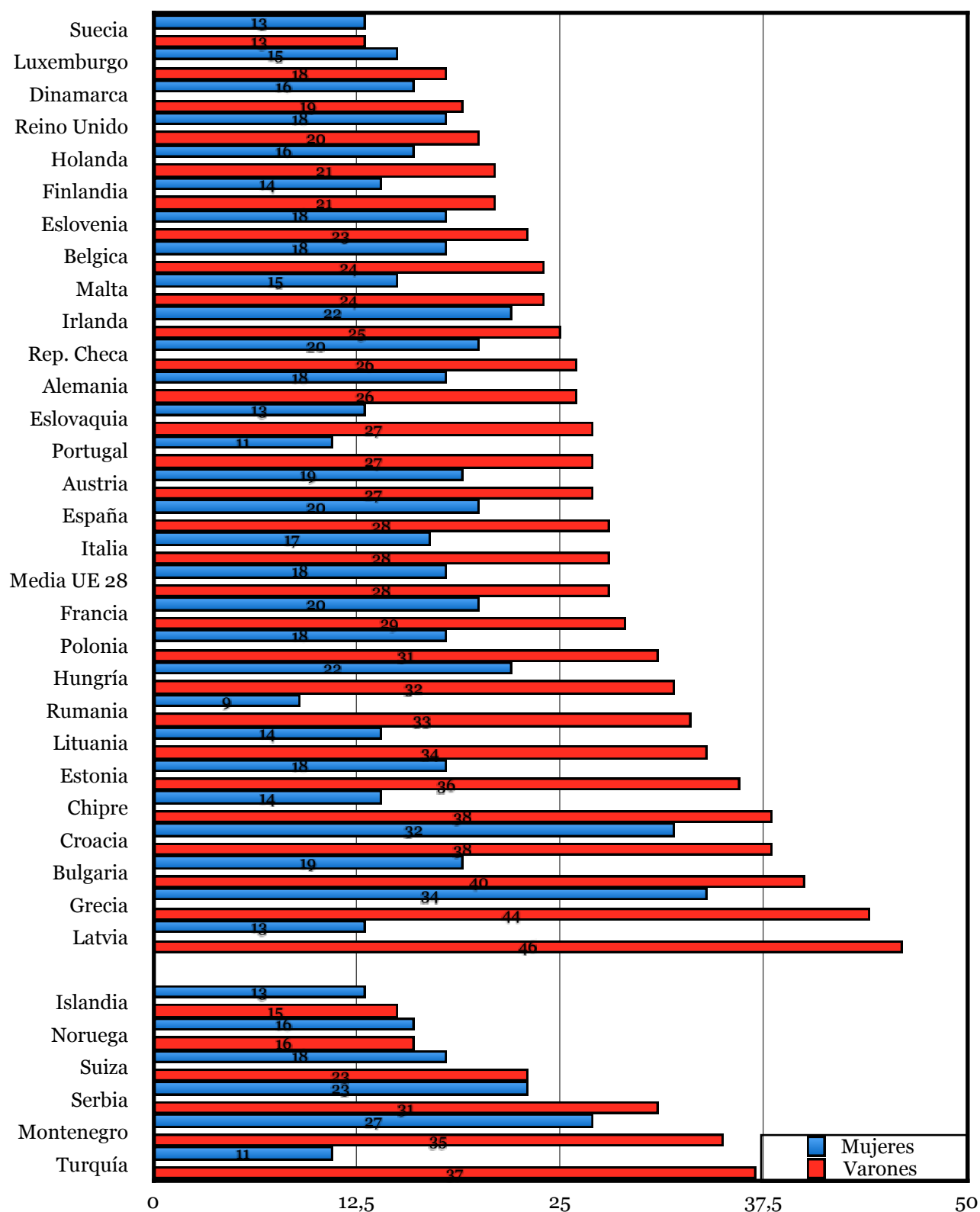
Gráfico IV.15. Tasa de fumadores habituales adultos en 2012 y variación (2002-12)



Fuente: Eurostat

El consumo de tabaco varía entre hombres y mujeres, lo que refuerza la idea de la influencia de la costumbre social en determinados comportamientos. (Gráfico IV.16).

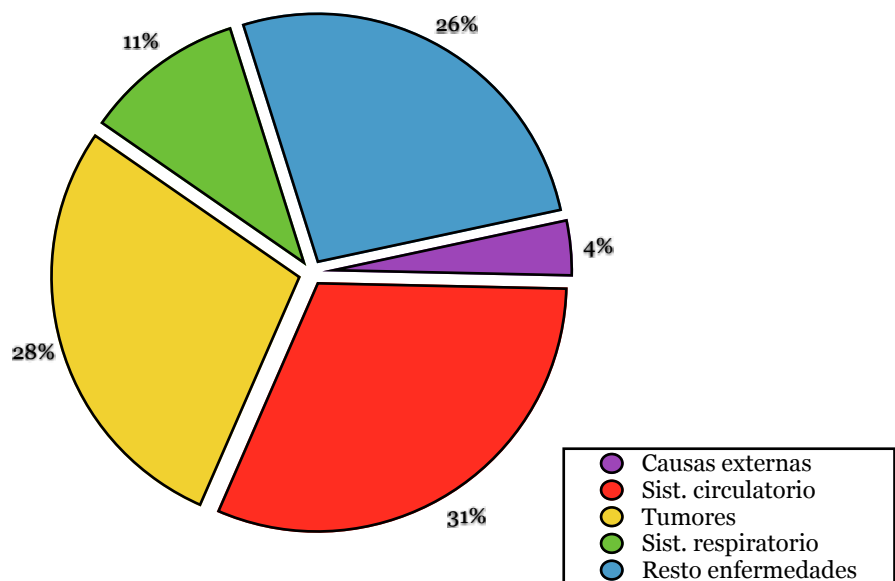
Gráfico IV.16. Gap entre tasas de fumadores por sexo (2012)



Fuente: OCDE Health Statistics completado con Eurostat Database

En el gráfico IV.17 se muestran las defunciones por causa de muerte. Es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad en los países de mayor nivel de renta por su relación causal con algunas de las principales causas de muerte.

Gráfico IV.17. Defunciones según causa de muerte (2010)



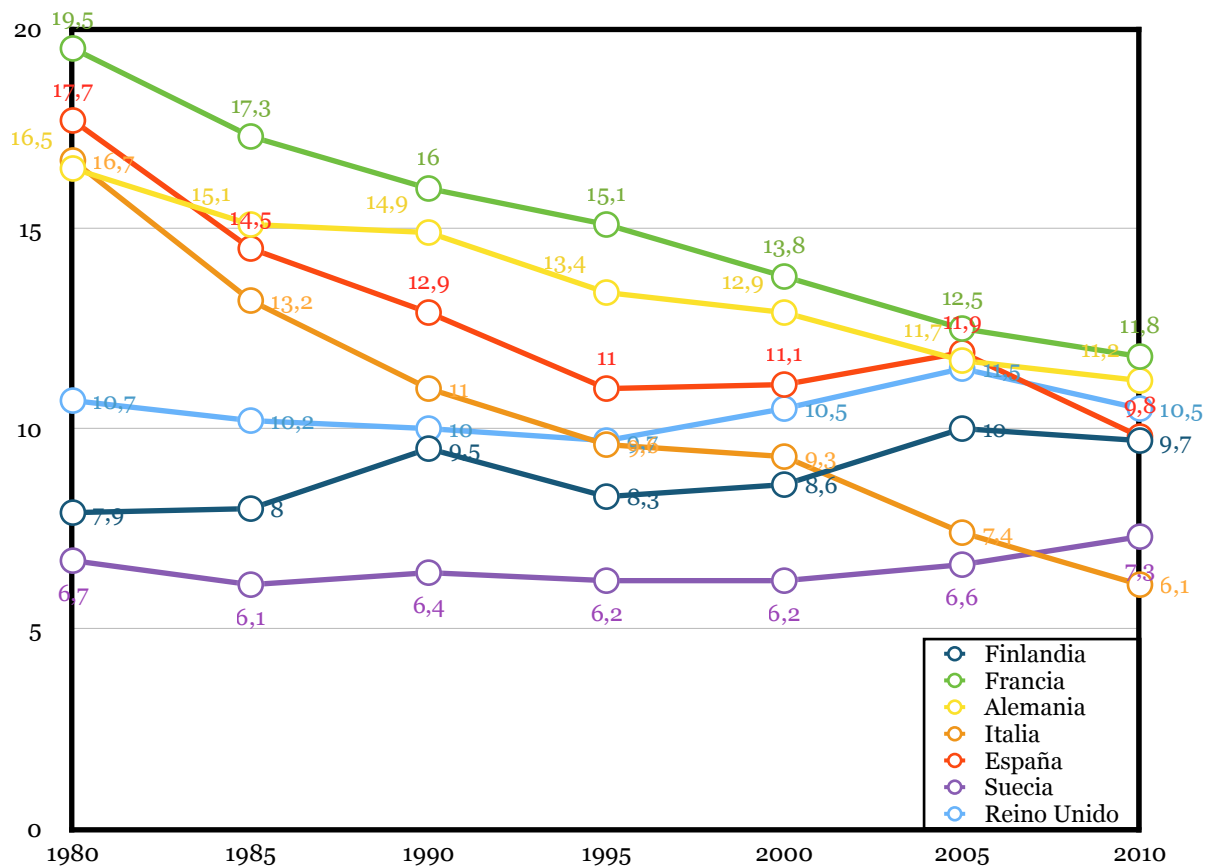
Fuente: INE

En el año 2010, más de la mitad de la mortalidad está vinculada a enfermedades del sistema circulatorio o tumores. En ambos casos, hay evidencia científica de la correlación con el consumo de tabaco.

En España, uno de cada cuatro adultos se considera fumador diario (26,2%) según el INE, (Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística 4/2012). La proporción es mayor entre los hombres y, en el 2009, el grupo con mayor tasa se encuentra entre los 45 y los 54 años.

El alcohol es otro factor de riesgo, su relación causal se da en dos ámbitos: a) accidentalidad de tráfico, actos violentos, otro tipo de traumatismos, incluidos en el ámbito laboral y b) su incidencia en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y tumorales.

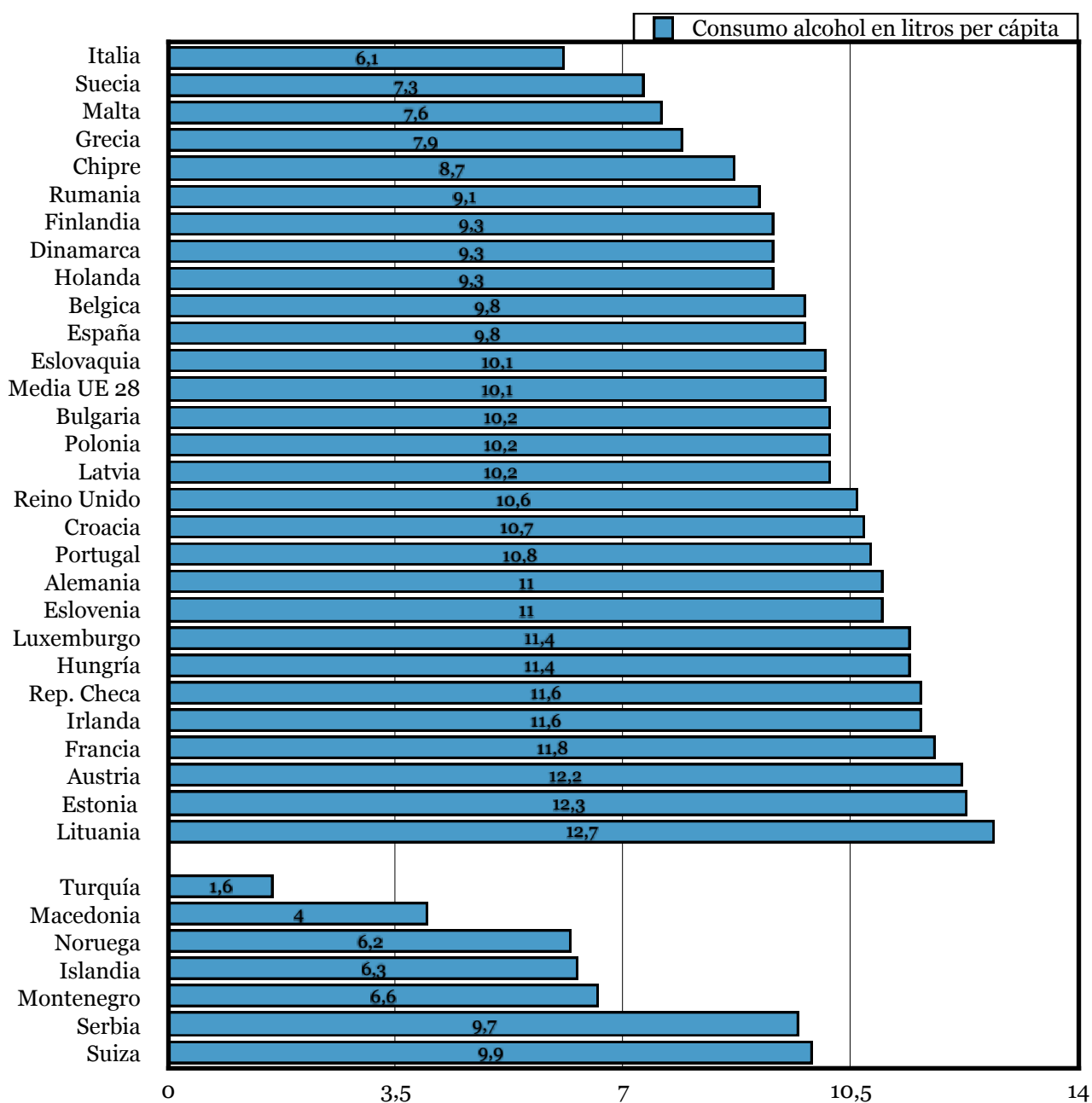
Gráfico IV.18. Tendencias en el consumo de alcohol. Litros per cápita. (1980-2010)



Fuente: OCDE Health Statistics 2014

En el gráfico IV.18 observamos una tendencia descendente en el consumo de alcohol en los últimos 30 años en la media de los países miembros de la Unión Europea. No obstante, el consumo per cápita (gráfico IV.19) es alarmante. España se sitúa cerca de la media de la Unión, con un consumo de 9,8 l.

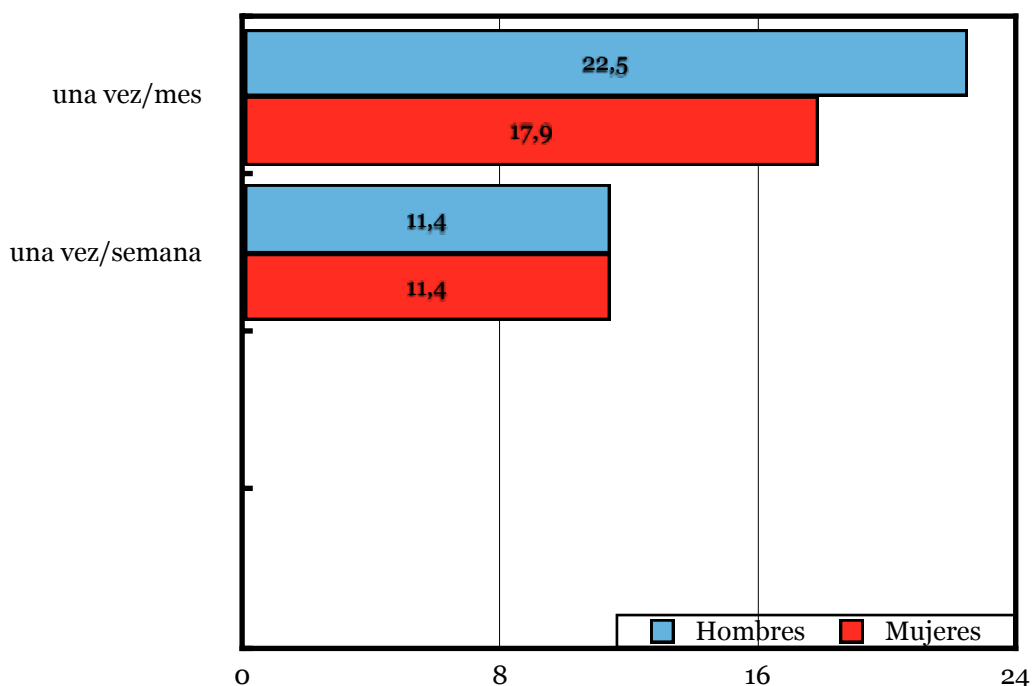
Gráfico IV.19. Consumo de alcohol entre la población de 15 años y más (2012)



Fuente: OCDE Health Statistics

Existe un elemento cultural de permisividad que se traduce en un elevado consumo de alcohol de la población joven que se muestra en el gráfico IV.20:

Gráfico IV.20. Consumo intensivo de alcohol entre la población joven. España (2009) (%)



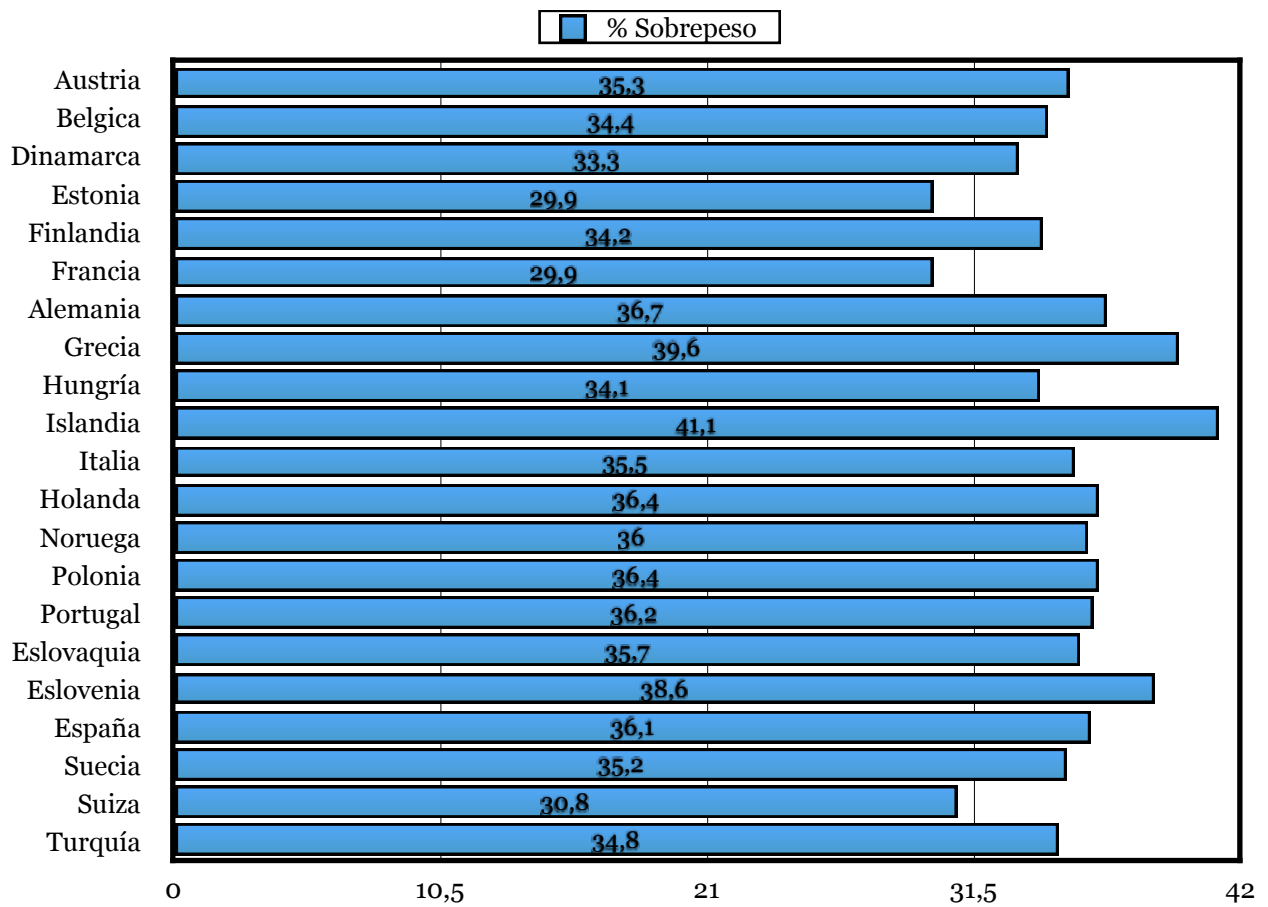
Fuente: INE

El tercero de los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad es la obesidad y el sobrepeso. Es origen de numerosas enfermedades como hipertensión, colesterol, diabetes, enfermedades cardiovasculares e incluso algunas formas de cáncer.

El 53% de los adultos tiene sobrepeso o son obesos en los países de la UE, la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso está por encima del 50% al menos en 17 de ellos.(Gráfico IV.20).

El porcentaje de personas que sufren sobrepeso en España (16,6%), está próximo a la media de la UE (16,7%). En lo que se refiere a la prevalencia por sexos, (gráfico IV.21), la media de la UE iguala a ambos sexos, en España tiene mayor incidencia entre los hombres. Mayor diferencia entre obesidad masculina y femenina se da en Eslovenia, Luxemburgo. Por el contrario, la obesidad es mayor en las mujeres en Letonia, Hungría y Turquía. Los países donde hay mayor incidencia de la obesidad tienen en común mayores diferencias entre grupos sociales, se ha determinado también relación entre el nivel educativo y la prevalencia de la obesidad.

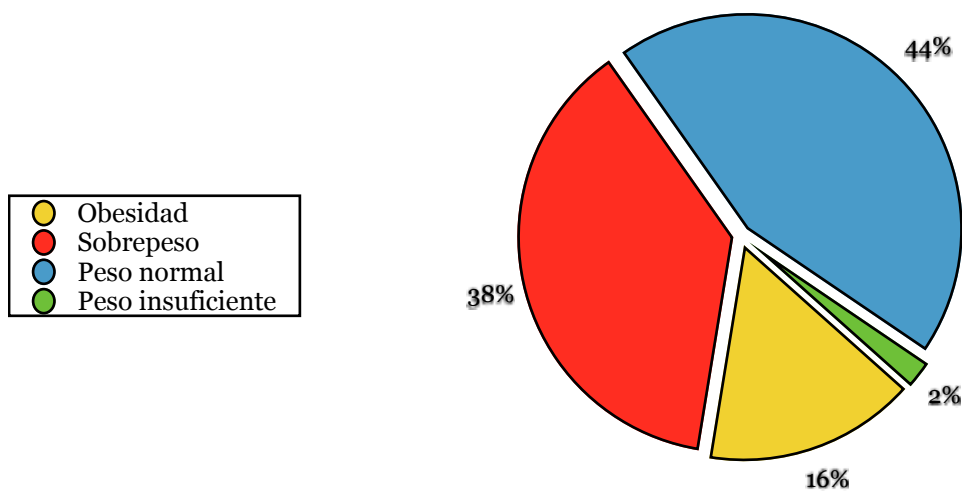
Gráfico IV.21. Prevalencia de sobrepeso y obesidad sobre total de población (2010)



Fuente: OCDE Health Statistics

En España (gráfico IV.22), la obesidad afecta al 16% de la población de más de 18 años y el sobrepeso a un 37,7%, afecta en mayor medida a los hombres y a la cohorte de edad entre 65 y 74 años.

Gráfico IV.22. Población de más de 18 años según el IMC



Fuente:INE

En el diagrama sectorial observamos que el 54% de la población está en mayor o medida por encima de su peso recomendado y de su índice de masa corporal.

Contrastar estos indicadores en los distintos territorios tiene gran relevancia para la elaboración de adecuadas políticas de salud.

En primer lugar, porque cuando se observe un problema de salud en una región en comparación al resto o a otras, ayudará a establecer la prioridad adecuada, además que abrirá el camino para averiguar y aislar las debilidades que hacen más vulnerable a la población de un entorno geográfico respecto a los demás.

En la tabla IV.7 se muestran los valores de tres factores de riesgo por Comunidades autónomas.

Tabla IV.7. Prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y obesidad por CCAA

Comunidad Autónoma	Prevalencia consumo de tabaco		Bebedores alcohol de riesgo		Prevalencia obesidad en 18 años y más	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Andalucía	28,82	26,65	4,4	3,87	17,96	19,64
Aragón	26,34	24,77	3,33		15,41	15,69
Valencia	29,95	28,19	5,75	2,18	15,79	15,53
Asturias	26,25	27,18	6,67	5,31	14,05	21,74
Canarias	29,77	27,21	2,41		16,1	15,21
Cantabria	31,34	27,63	2,66	5,57	14,09	12,21
Castilla León	23,52	28,44	3,47	4,55	13,66	12,68
Castilla Mancha	26,97	28,95	7,76	5,37	17,19	18,38
Cataluña	23,68	24,18	4,05	1,79	14,5	14,06
Extremadura	24,97	26,28	4,32	5,65	17,68	21,54
Galicia	22,41	22,24	6,32	2,42	16,87	16,85
Madrid	26,54	25,06	5,12	3,66	12	13,5
Murcia	29,82	26,68	3,92	4,15	19,35	22,22
Navarra	25,6	28,26	6,43		14,68	11,17
País Vasco	21,53	27,24	3,94	5,69	15,64	14,06
Rioja	26,92	29,43	3		11,03	14,66
Ceuta	26,72	24,77	4,54		17,4	11,35
Melilla	26,72	18,8	4,54		17,4	19,84
Baleares	27	25,68	4,26		12,14	14,27

Fuente: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Marzo 2012

4.1.5. Factores de desigualdad social

a) Crecimiento económico

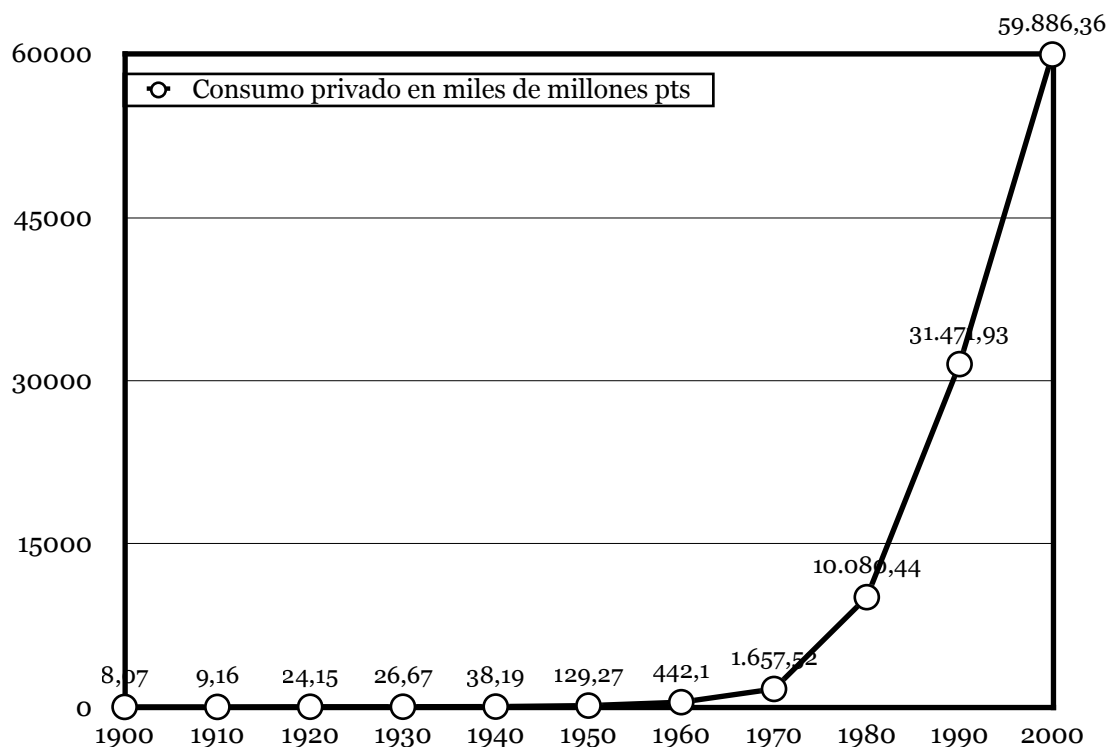
Existen otros factores evitables, pero que en este caso no dependen de la voluntad, ni de la actitud del individuo. Se trata de las desigualdades sociales. Las desigualdades sociales tienen su origen en desigualdades económicas.

El primer grupo de determinantes sociales de la salud tiene que ver con la renta y la riqueza. Observamos que hay una fuerte relación entre los crecimientos económicos de Producto Bruto y el aumento de esperanza de vida en una sociedad.

No es objeto de esta investigación profundizar en el debate sobre si el crecimiento económico induce al desarrollo demográfico, con el incremento de la productividad se incrementa el excedente y mejora la alimentación, los recursos públicos para el desarrollo de las condiciones higiénico sanitarias y la educación, o es el desarrollo demográfico el que origina crecimiento económico, al haber más recursos humanos que incrementan el producto. Lo que si que es una evidencia histórica es que el crecimiento económico y el desarrollo demográfico, entendido como el descenso de la mortalidad y aumento de esperanza de vida, han ido de la mano. El crecimiento económico se traduce en mejor educación y condiciones de vida, (vivienda, vestido o trabajo).

La nutrición es uno de los factores que mas incidencia tiene en los niveles de salud. En el gráfico IV.23 se muestra la evolución del consumo privado, los principales componentes del consumo privado son: Alimentos, bebidas y tabaco como partida principal, vestido y otros artículos personales, gastos corrientes en los hogares, consumo duradero, higiene y cuidado personal, transporte y comunicaciones, esparcimiento y otros servicios.

Gráfico IV.23. Consumo privado (1900-2000)



Fuente: Prados de la Escosura (2003)

En la tabla IV.8 se muestra el valor de cada uno de los componentes para el periodo 1900-1958 del consumo privado:

Tabla IV.8. Consumo privado de bienes y servicios en millones de pesetas (1900-1958)

Año	Alimentos, bebidas y tabaco	Vestido y otros artículos personales	Hogares, gastos corrientes	Consumo duradero	Higiene y cuidado personal	Transporte y comunicaciones	Esparcimiento	Otros servicios
1900	4805,5	1100,6	1236,0	235,9	53,2	105,6	474,8	54,6
1905	5890,4	1279,7	1257,0	206,7	101,6	118,6	528,4	90,9
1910	5671,6	1170,2	1195,2	263,2	63,3	139,3	533,4	93,8
1915	6942,1	1663,5	1352,5	229,8	93,6	215,4	591,5	106,3
1920	16385,0	2304,4	2715,0	631,7	179,7	372,7	1359,1	225,3
1925	15764,9	2658,6	3500,9	1063,9	249,5	569,9	1519,6	318,8
1930	15937,8	2288,7	4649,1	1203,3	315,5	550,0	1418,7	369,2
1935	16812,3	2424,7	6116,9	1017,4	522,9	815,7	1356,9	538,0
1940	22618,7	3745,4	6718,0	740,8	1060,2	873,8	1735,6	739,7
1945	35739,5	5131,6	7472,1	1285,0	1656,3	1324,1	2943,1	1055,3
1950	82842,7	6676,4	17684,3	3527,5	4479,2	3995,3	7933,2	2276,5
1955	134799,2	30912,0	30179,0	8703,9	6292,8	9033,2	13649,2	4695,3
1958	222865,7	53021,1	51072,0	19656,4	11583,9	19063,2	25947,8	8128,8

Fuente: Prados de la Escosura (2015)

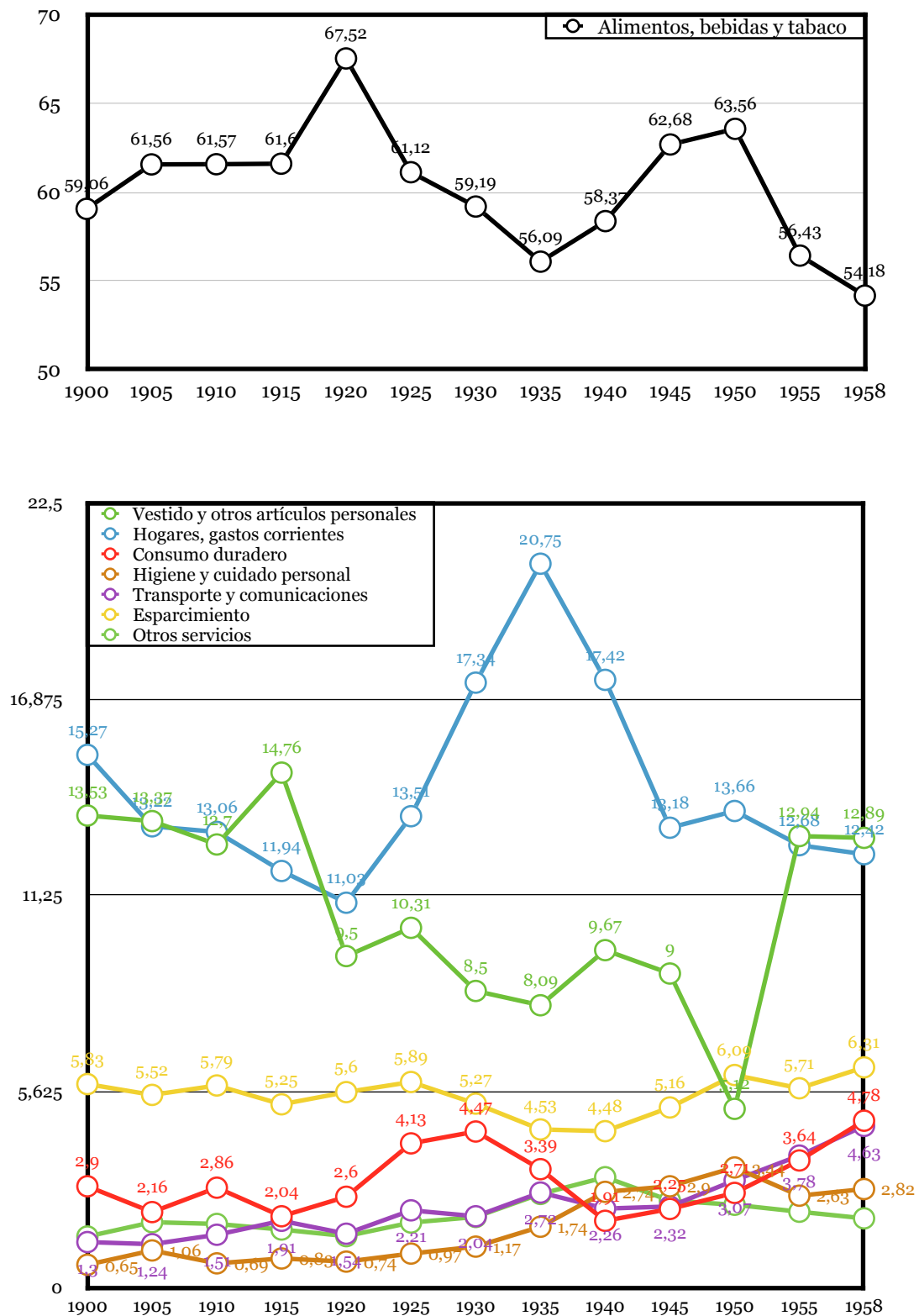
El crecimiento económico lleva de la mano un aumento de los gastos de consumo privado que influyen directamente en los niveles de salud, especialmente, alimentación, vestido, e higiene personal.

El gasto en alimentación representa entre el 50 y el 60% del consumo privado. En la primera mitad de siglo experimenta altibajos para terminar situándose en un porcentaje sobre el total de consumo privado inferior al de principios de siglo.

El gasto en vestido es el segundo componente en importancia, seguido de cerca por los gastos corrientes en los hogares, el transporte que cobra importancia y la higiene persona.

En todo caso, se aprecia una caída en el porcentaje de consumo de vestido, gastos corrientes, transporte, esparcimiento y bienes duraderos durante la guerra civil, en la que, obviamente los esfuerzos económicos de los hogares iban dirigidos al consumo de alimentos. En el gráfico se muestra la evolución de la composición porcentual del gasto en consumo privado.

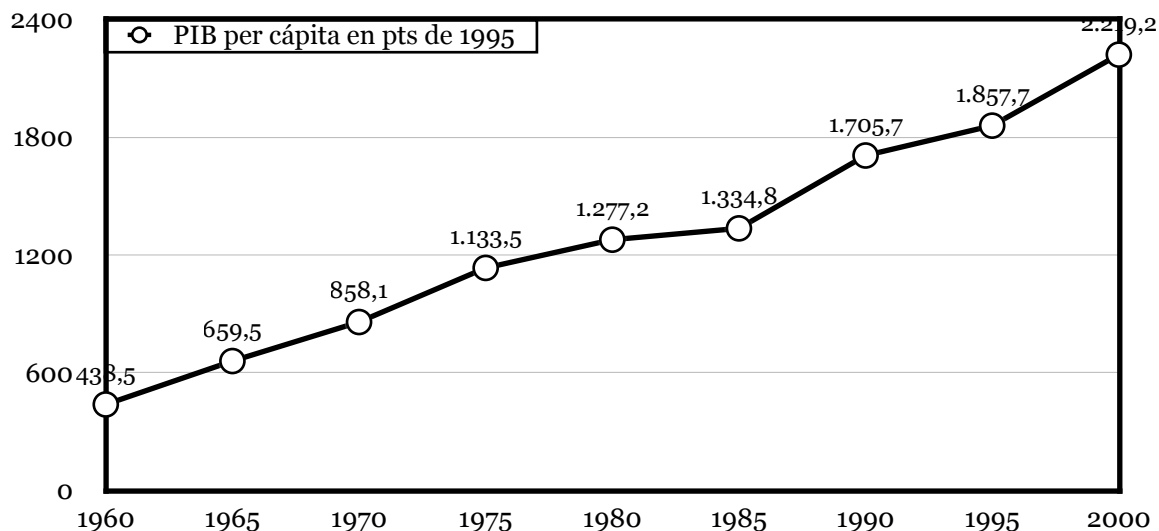
Gráfico IV.24. Composición del consumo privado (1900-1958) en %



Fuente: Prados de la Escosura (2003)

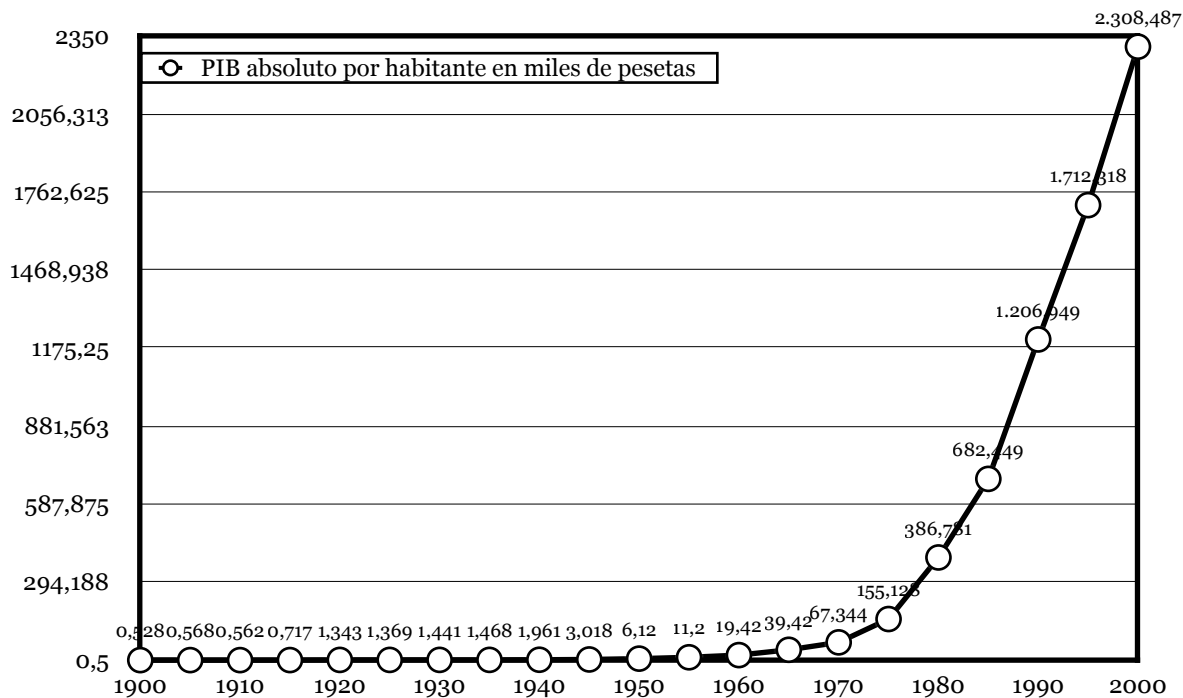
A continuación los gráficos IV.24 y IV.25 muestran la evolución del PIB, el crecimiento económico va de la mano de mayor consumo privado, este se compone de usos que redundan en mejora de la salud.

Gráfico IV.24 PIB per cápita base (1995)



Fuente: Prados de la Escosura (2003)

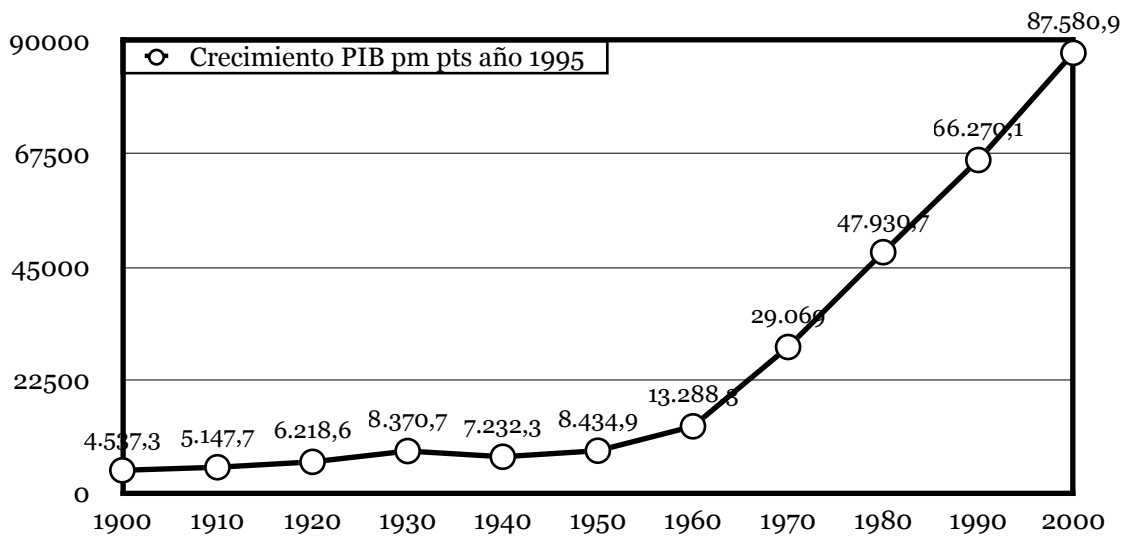
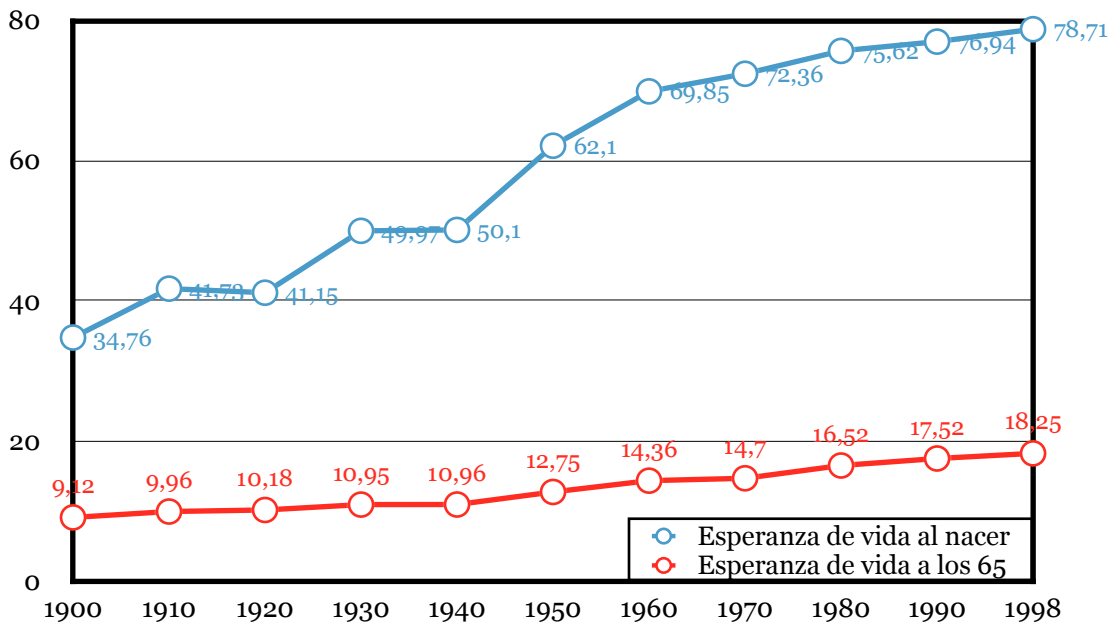
Gráfico IV.25. PIB absoluto per cápita



Fuente: Prados de la Escosura (2003)

Es a partir de la década de los setenta cuando se produce el mayor crecimiento económico en España, coincidente con la llegada de la democracia.

Gráficos IV.26.A y IV.26.B. PIB y crecimiento de la esperanza de vida

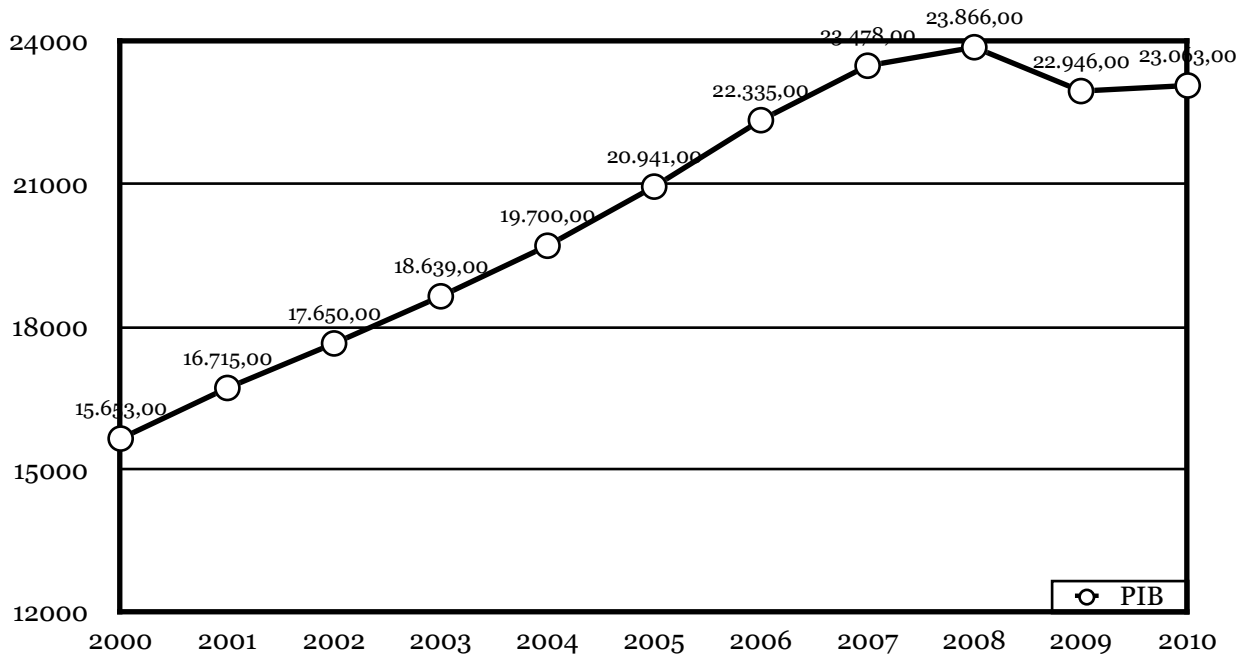


Fuente: Prados de la Escosura (2015) y Goerlich y Pinilla (2006)

La sociedad española ha experimentado un crecimiento de su renta per cápita, y en la medida que eso ocurría, ha aumentado su esperanza de vida y ha convergido con otros países europeos en sus tasas de mortalidad y morbilidad. (Gráfico IV.26)

A continuación observamos la evolución del PIB desde el año 2000 hasta el 2010, año en que la crisis económica se manifiesta de manera aguda. (Gráfico IV.27).

Gráfico IV.27. Evolución PIB per cápita base (2000)



Fuente: INE

Si describimos la evolución del PIB de España desde el año 2000, tomando dicho año como base, vemos que se produce un crecimiento tendencial, que solo se ve zarandeado por la crisis económica a partir del año 2009.

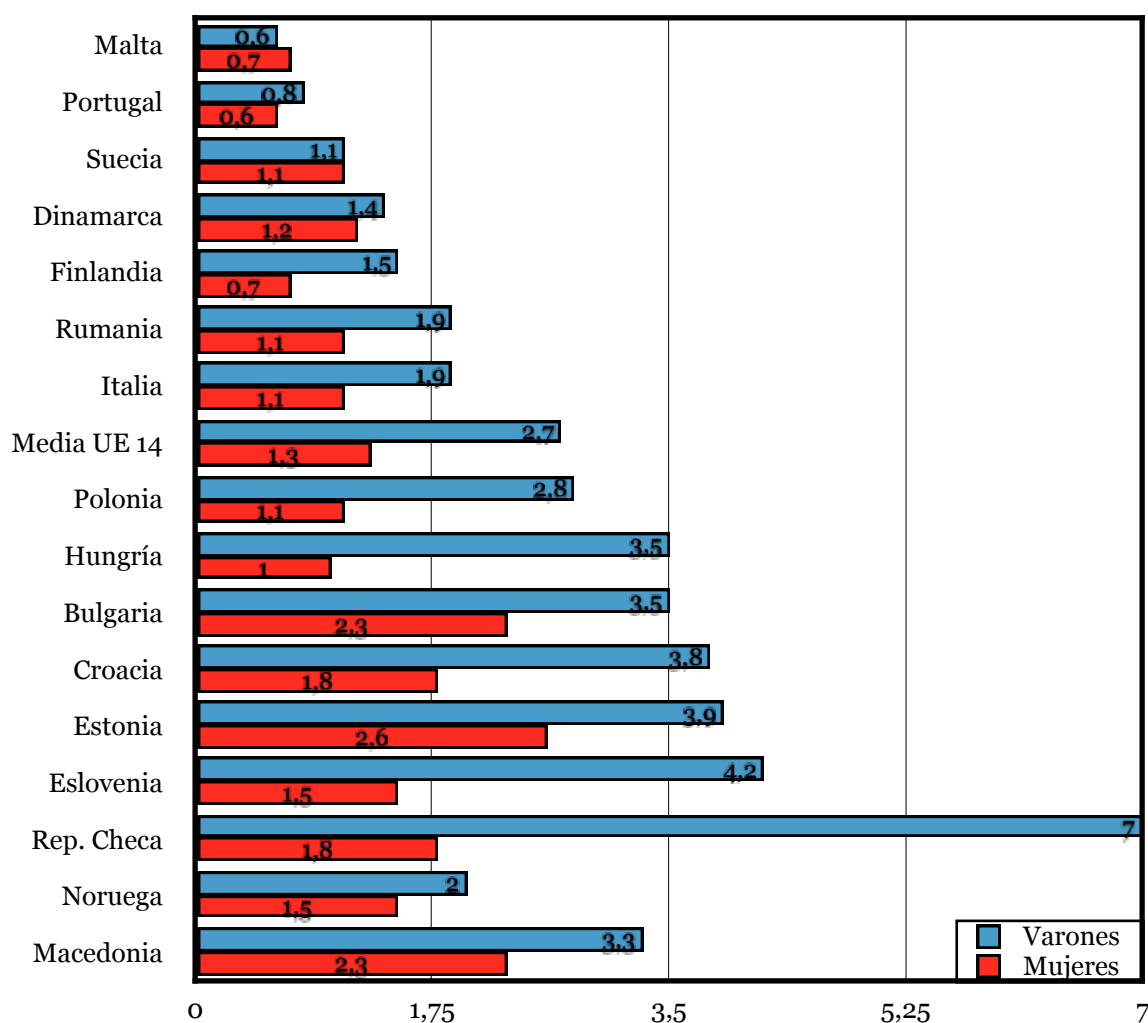
b) Distribución de la riqueza

Pero el crecimiento económico en sí mismo no significa que todos los sectores sociales se vean beneficiados de igual manera. No solamente en lo que respecta a la distribución de la riqueza en sí misma, sino en la mejora de salud que impulsa la prosperidad.

A continuación se expone una medición transversal entre varios países de la incidencia de la educación en un indicador como la esperanza de vida (gráfico IV.28). Se muestra la brecha en los años vividos por término medio entre personas con diferentes niveles educativos, como quiera que el nivel educativo está relacionado con la riqueza de las personas, es un buen indicador de la distribución de la renta y sus efectos en la salud de las personas.

La media de la Unión Europea es de 2,7 años de vida en varones y 1,3 en mujeres. Es decir, dentro de países desarrollados la desigualdad social, manifestada como el diferente acceso a la educación, es protagonista de diferencias en salud muy importantes. Destaca el caso de la República Checa, donde los varones tienen una brecha en la esperanza de vida de 7 años.

Gráfico IV.28. Gaps en Esperanza de Vida entre personas con alto y bajo nivel educativo



Fuente: Eurostat Statistics Database

En España las diferencias en salud son percibidas por las personas. Un indicador de cómo la distribución de la renta afecta a la salud, o por lo menos al estado de salud percibido por las personas lo obtenemos a partir de las entrevistas realizadas por el CIS en la elaboración del barómetro sanitario. (Tabla IV.9).

Tabla IV.9. Estado de salud según estatus socioeconómico de la persona entrevistada (2013)

	Total	Clase alta/ media alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados	No consta
Muy bueno	18,2	24,2	19,7	16,8	15,5	17,1	16
Bueno	54,5	62,4	57,2	53	50,7	51,1	59,8
Regular	22,4	11,3	19,2	25,2	27,6	25,1	20,8
Malo	3,8	1,3	3,2	3,9	4,6	5,7	2,7
Muy malo	0,8	0,8	0,4	1	1,1	0,8	0
NS	0,1	0	0,1	0	0	0,2	0
NC	0,2	0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,7
(N)	7750	1222	1691	1027	2606	1071	133

Fuente: Estudio 8813 Barómetro Sanitario 2013. CIS Pregunta: ¿Cómo describiría su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

Observamos que el nivel de salud percibido por distintos grupos según nivel socioeconómico va disminuyendo a medida que lo hace la renta, de la misma manera que aumenta el sentimiento de regular, mala o muy mala a medida que disminuye el individuo en el escalafón social.

Las diferencias llegan a ser sustantivas, el nivel observado de muy buena salud varía en casi nueve puntos entre las capas altas y los obreros cualificados y algo más de siete puntos respecto a los obreros no cualificados. El nivel de salud buena alcanza diferencias entre once y doce puntos entre los grupos socioeconómicos citados y más de catorce puntos en el nivel de salud regular, aunque en este caso la peor salud es mayormente percibida por los individuos pertenecientes a los grupos más bajos.

Tabla IV.10. Estado de salud según estatus socioeconómico de la persona entrevistada (2012)

	Total	Clase alta/ media alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificado s	Obreros no cualificado s	No consta
Muy bueno	17,4	22,1	19,1	14,5	16,3	15,0	13,2
Bueno	55,4	63,5	59,0	50,5	52,7	50,8	57,0
Regular	22,3	12,0	18,7	28,4	26,0	26,2	22,0
Malo	3,8	2,1	2,2	5,0	4,1	6,4	4,2
Muy malo	0,9	0,2	0,7	1,4	0,9	1,4	1,2
NC	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	2,4
(N)	7729	1367	1619	1143	2370	1097	134

Fuente: Estudio 8812 Barómetro sanitario 2012 CIS Pregunta: ¿Cómo describiría su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

Tabla IV.11. Estado de salud según estatus socioeconómico de la persona entrevistada (2010)

	Total	Clase alta/ media alta	Nuevas clases medias	Viejas clases medias	Obreros cualificados	Obreros no cualificados
Muy bueno	15,2	19,8	17,8	13,9	13,5	12,1
Bueno	57,1	65,1	59,5	53,1	55,5	53,3
Regular	23,1	13,9	19,2	27,2	25,6	27,7
Malo	3,8	0,9	3,0	5,1	4,1	6,0
Muy malo	0,6	0,1	0,3	0,6	1,1	0,7
NS	0,0	0,0	-	0,1	0,0	
NC	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
(N)	7608	1175	1541	1224	2548	1120

Fuente: Estudio 8810 Barómetro sanitario 2010 CIS. Pregunta: ¿Cómo describiría su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

La misma pregunta formulada en los barómetros sanitarios del año 2010 y 2012, (tablas IV.10 y IV.11 respectivamente), se obtiene unos resultados similares, con pequeñas oscilaciones entre los niveles de salud percibida limítrofes entre sí, manteniéndose prácticamente constantes los que perciben su salud entre buena y muy buena y manteniendo casi idéntico el grupo cuya salud es percibida como regular o mala.

Ruiz-Ramos et al. (2014) han realizado un estudio empírico sobre el impacto de la crisis económica en la mortalidad española y los efectos de ellas desigualdades sociales en la mortalidad en Andalucía. En sus conclusiones, aunque no aprecian incidencia de la crisis en la mortalidad, quizá por que sus efectos solo son apreciables en un mayor espacio de tiempo, en los datos correspondientes a la investigación en Andalucía observan un gradiente de desigualdad social en la mortalidad. En general, las personas con menos estudios tienen un mayor riesgo de mortalidad.

Pero, en un Estado en el que las competencias sanitarias están transferidas en su totalidad desde el año 2002, es preciso observar la evolución de los indicadores de salud y la evolución del crecimiento de la riqueza en los distintos territorios.

En la tabla IV.12 observamos las diferencias en la esperanza de vida y años de vida saludable, entre los distintos territorios autonómicos.

Tabla IV.12. Esperanza de vida (EV) y Años de vida saludable (AVS) según CCAA

	Esperanza Vida		Años Vida Saludable			
	2006	2011	2006	2011	PIB per cápita 2006(*)	PIB per cápita 2010(*)
España	81,1	82,3	63	66,4	22.335	23.063
Andalucía	79,8	81	63,1	65	17.318	17.405
Aragón	81,7	82,6	67,1	71,2	23.948	24.886
Asturias	80,4	81,4	58,7	63	20.210	21.882
Baleares	81,7	82,2	61,7	65,6	24.538	24.672
Canarias	80,4	81,8	63,9	57,9	19.923	19.746
Cantabria	81,1	82,6	67,8	72	22.078	23.464
C. y León	82,1	83,4	68,7	69,6	21.246	22.974
C. La Mancha	81,5	83	67,1	69,5	17.357	17.621
Cataluña	81,6	82,8	60,8	66,3	26.351	27.053
C. Valenciana	80,6	81,9	59,4	66,3	20.477	20.465
Extremadura	80,6	81,8	63,8	67,4	15.156	16.828
Galicia	81	82,2	59,1	64,2	18.517	20.343
Madrid	82,5	84,1	67,3	68,1	29.197	29.963
Murcia	80,5	82	60	65,3	18.673	18.654
Navarra	82,5	83,8	62,8	70,5	28.026	29.982
P. Vasco	81,6	82,8	63,3	68	28.710	31.314
Rioja	81,8	83,1	58,7	66,9	23.911	25.020
Ceuta y Melilla	79,5	80,3	53,3	62,4	20.267	21.396

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013() e INE para PIB per cápita Base 2000*

Las regiones con mayores niveles de PIB per cápita, (País Vasco, Navarra, Madrid y Cataluña), ofrecen los mejores datos de esperanza de vida, también se relacionan con los mejores puestos en el número de años de vida saludable.

Pero la renta per cápita no ofrece una explicación lineal en si misma sobre la diferencia entre estos dos indicadores de salud en los distintos territorios de la geografía española. De hecho, Castilla y León o La Rioja ofrecen datos de esperanza de vida superiores a otras regiones con mejores niveles de PIB per cápita. Lo mismo sucede con Aragón, Castilla León o Castilla la Mancha si atendemos a los años de vida saludable.

En realidad, en cada territorio, la distribución de la riqueza alcanza cotas de desigualdad diferente. (TablaIV.7).

Tabla IV.7. Niveles socio económicos por CCAA

Comunidad Autónoma	Nivel socioeconómico alto	Nivel socioeconómico medio	Nivel socioeconómico bajo
Andalucía	17,12	21,15	61,74
Aragón	18,94	28,43	52,64
Asturias	19,39	27,02	53,6
Canarias	17,03	20,31	62,66
Cantabria	19,15	25,67	55,18
Castilla León	16,85	25,07	58,08
Castilla Mancha	16,49	24,32	59,19
Cataluña	22,08	24,3	53,61
Extremadura	17,72	25,37	56,91
Galicia	17,57	29,6	52,83
Madrid	29,54	23,79	46,66
Murcia	18,95	19,52	61,52
Navarra	21,08	24,5	54,42
País Vasco	24,22	24,71	51,07
Rioja	14,68	26,21	59,1
Ceuta	18,4	22,55	59,05
Melilla	18,4	22,55	59,05

Fuente: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. (Marzo 2012)

Las de mayor porcentaje de personas con un nivel de renta alto son Madrid, País Vasco, Cataluña y Navarra, se corresponde con las rentas per cápita más altas del país. Sin embargo, entre Madrid y Navarra, ambas con una renta per cápita casi idéntica, la distribución de la riqueza por sectores sociales es muy diferente.

En Madrid hay un 8,46% más de personas pertenecientes a un status económico alto que en Navarra, (29,54 % Madrid frente al 21,08% de Navarra). Incluso comparado con la primera renta per cápita de España, País Vasco, la región capital acoge a un 5,32% de ricos sobre su población total que Euskadi.

Por otra parte, Madrid es la comunidad autónoma donde hay menores porcentajes de niveles socioeconómicos bajos de toda España, un 46,66%, frente al 54,42% de Navarra, el 53,61% de Cataluña o el 51,07% del País Vasco.

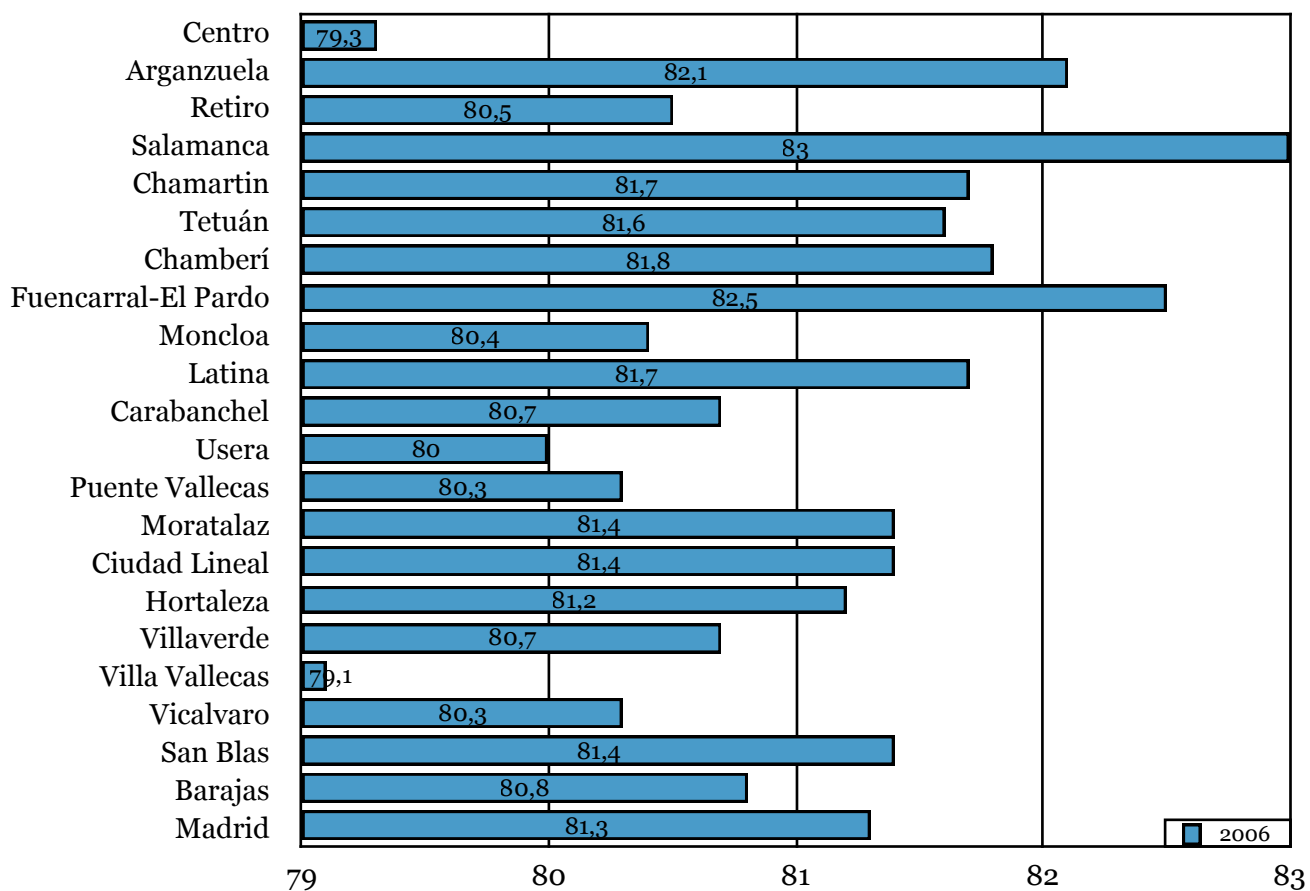
Este hecho pone de manifiesto que aunque en Madrid hay casi un tercio más de personas con un nivel socio-económico alto que en Navarra, un 25% más que en Cataluña o más de un 20% que en el País Vasco, los niveles de desigualdad entre los estratos extremos es mucho mayor. Obsérvese que, también el porcentaje de población de nivel socioeconómico medio en Madrid es de los más bajos de toda España.

Pero las desigualdades se reproducen a modo de fractal. Se dan entre unos territorios y otros, pero también dentro de una misma comunidad, provincia e incluso en una misma ciudad.

Tiene toda la lógica, las desigualdades se producen entre personas, no entre territorios. Las diferencias educativas, de renta o laborales conviven en márgenes espaciales muy estrechos.

A modo de ejemplo ilustrativo, exponemos algunos datos de la ciudad de Madrid. En el estudio de salud de la ciudad de Madrid de 2006, se concluye una diferencia en 3,9 años de esperanza de vida entre el distrito con mayor esperanza (Salamanca) y el menor (Villa de Vallecas). Las mayores esperanzas de vida desde el nacimiento corresponden a los distritos de Salamanca, Arganzuela, Chamberí, Chamartín y Tetuán, las más bajas a Villa Vallecas, Centro, Puente Vallecas y Vicalvaro. (Gráfico IV.29).

Gráfico IV.29. Esperanza de vida al nacer según distritos ciudad de Madrid

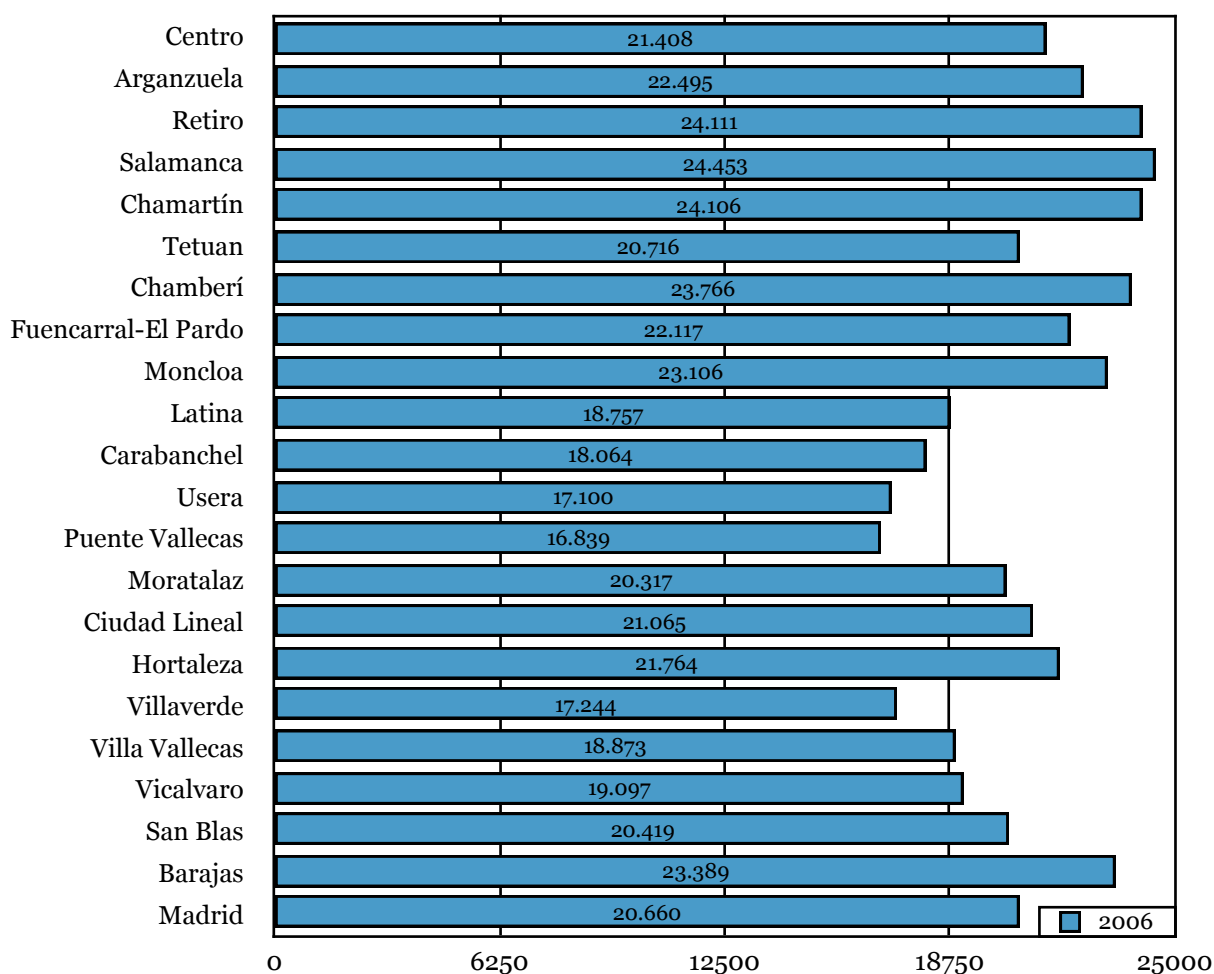


Fuente: Ayuntamiento de Madrid (2007)

Precisamente los distritos donde hay una menor renta bruta per cápita en el 2010 son los de Puente de Vallecas (16.839 euros), Usera (17.100 euros) y Villaverde (17.244 euros) y

Carabanchel (18.064 euros), en contraste con Salamanca (24.453 euros), Chamartín (24.206 euros), Retiro (24.111 euros) y Chamberí (23.766 euros). (Gráfico IV.30).

Gráfico IV.30. Datos renta per cápita según distritos de Madrid ciudad



Fuente: Ayuntamiento de Madrid (2007)

Pero el nivel de renta y su distribución es determinante en los niveles de salud es porque se traduce en condiciones de vida diferentes para las personas.

4.1.6. Determinantes de la salud relativos al medioambiente

Íntimamente relacionado con la renta de las personas está la forma en que viven las personas. Desde factores difíciles de medir como la preocupación por la pérdida de un puesto de trabajo o el temor a las contingencias que pueden sobrevenir a lo largo de la vida. Pero también existen otros factores que pueden estar relacionados con algún tipo de desigualdad social, o ser ajenos a esa relación. Factores como la contaminación, la vivienda o la seguridad respecto a actos delictivos.

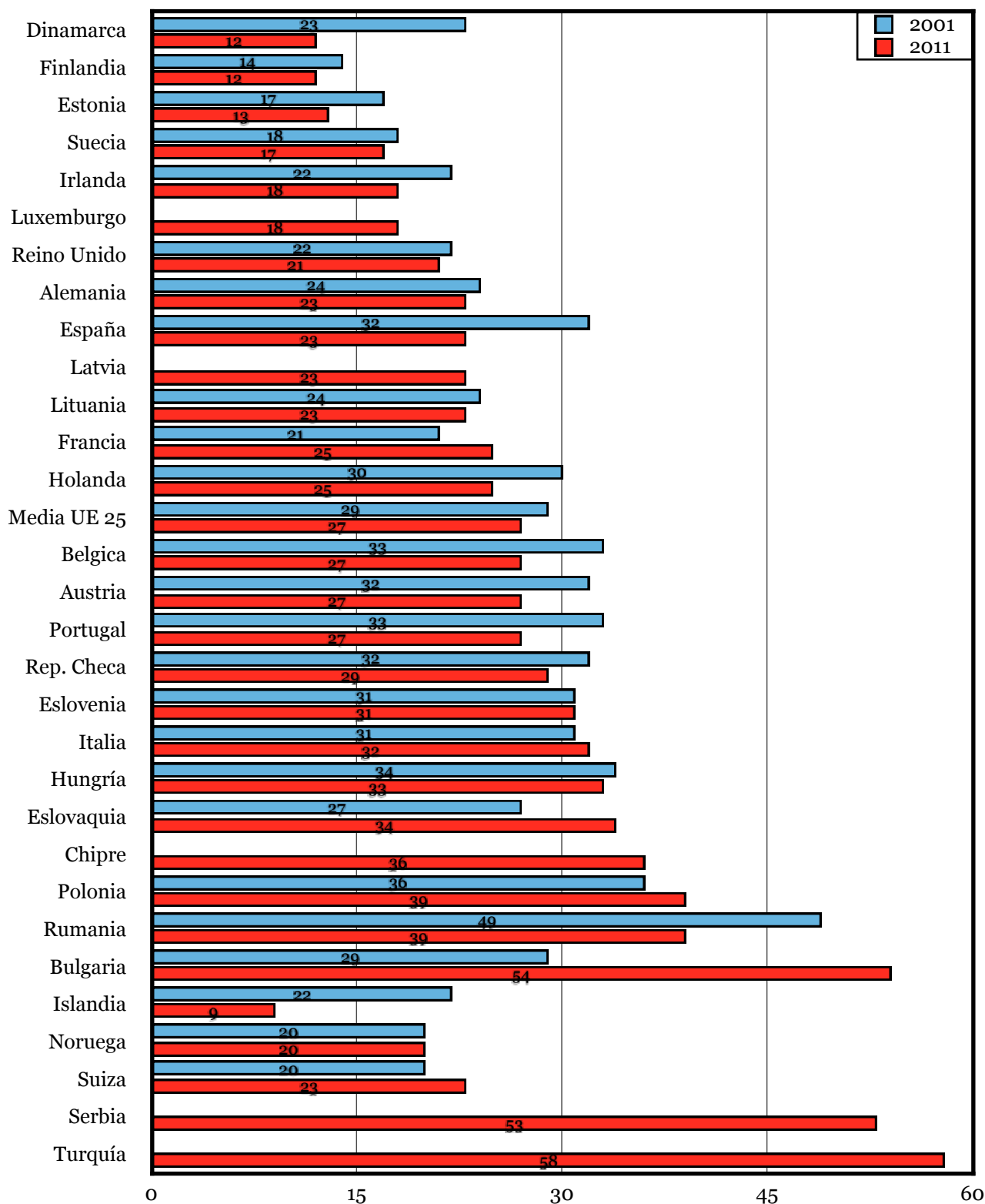
a) La contaminación

La contaminación urbana es en los países de mayor renta per cápita un determinante de la salud importante.

La contaminación del aire provoca diversas enfermedades respiratorias, pasando por el cáncer de pulmón y algunas enfermedades cardiovasculares. Las estimaciones de WHO

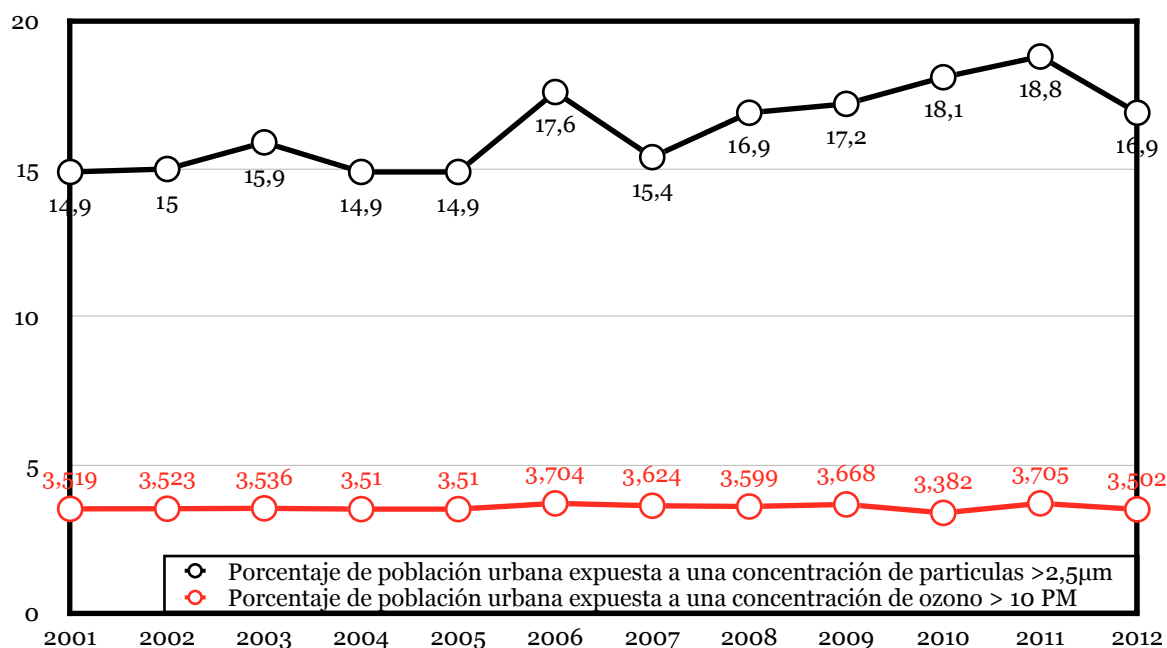
(2011) es que se han producido cerca de 500.000 muertes en Europa durante el año 2011 como consecuencia de la exposición a la contaminación del aire. A continuación mostramos los porcentajes de población expuestos a la contaminación del aire por países (gráfico IV.31) y la población europea según elemento contaminante (gráfico IV.32).

Gráfico IV.31. Población urbana expuesta a polución del aire (2001 y 2011)



Fuente: European Environment Agency (2013)

Gráfico IV.32. Población urbana de la UE expuesta a la contaminación del aire



Fuente: European Environment Agency 2013

En la Encuesta Europea de Salud (INE 2011), un 22,6% de las personas de 16 años o más se declaran expuestas a problemas de contaminación ambiental, las mujeres en mayor medida (24,4% frente al 20,8% de hombres).

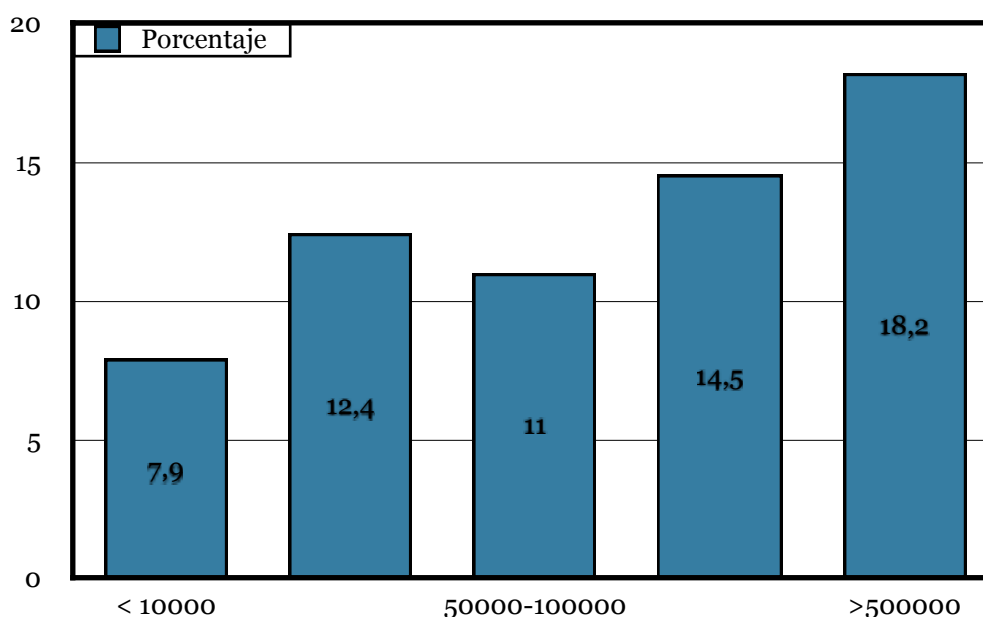
El 14,1% de la población española sufre contaminación u otros trastornos ambientales, cifra equivalente al 13,7% de los hogares.

b) La vivienda

Si la incidencia de la contaminación en la salud es evidente, otro factor, quizá no tan evidente a primera vista es la vivienda. La vivienda es un factor relacionado con las condiciones económicas de manera clara y, por tanto, susceptible de ser un elemento de desigualdad social también.

La “Encuesta de Condiciones de Vida del 2009” realizada por el INE, revela que en España manifiestan tener problemas de espacio un 12,8% de los hogares. En mayor medida en los municipios grandes como se muestra en el gráfico IV.33.

Gráfico IV.33. Hogares con falta de espacio en la vivienda según tamaño de municipio. 2009



Fuente: INE

Los problemas de infravivienda, de viviendas con malos olores o con luz insuficiente son factores decisivos en la contribución de la residencia a las condiciones de vida y a la salud.

El problema de la infravivienda vertical afecta a grandes ciudades españolas, o chabolismo horizontal, (ejemplo de ello es la Cañada Real).

c) Vandalismo y seguridad ciudadana

Por último, la contaminación acústica, la suciedad en las calles o los altos datos de delincuencia o vandalismo, configuran un grupo de factores relativos al hábitat como vecindario, más allá del espacio más privado que es la propia vivienda. (Tabla IV.8).

Tabla IV.8. Falta de espacio en la vivienda y vandalismo en el vecindario (%)

	Falta de espacio (%)	Nivel vandalismo en vecindario
Alemania	11,9	12,7
Italia	11,5	16,0
Países Bajos	12,0	21,7
Bélgica	12,9	16,9
España	15,0	16,8
Francia	12,7	15,3
Reino Unido	22,6	25,0
Suecia	12,3	12,6
Dinamarca	13,3	16,5
UE-27	16,4	16,0

Fuente: Eurostat

IV.2. Desarrollo socioeconómico y demográfico de España en relación a Europa. La salud colectiva. Causa y consecuencia del desarrollo económico y bienestar social

La demografía es importante no solo en cuanto a las proyecciones futuras de la estructura de población sino en el análisis de los diferentes aspectos que han afectado en el pasado a la salud y calidad de vida de las sociedades.

El comportamiento tendencial, en lo que se refiere a la evolución demográfica española, muestra un alto grado de convergencia con el resto de países europeos a pesar de partir de situaciones que marcaban importantes diferencias.

En el anexo I se realiza un repaso de los indicadores demográficos más relevantes desde el siglo XVIII hasta la actualidad. Los estudios realizados para este largo periodo son escasos, por tanto esta aportación puede ayudar a investigaciones futuras que vayan completando un mejor conocimiento de la evolución demográfica española desde el régimen antiguo hasta nuestros días. A continuación detallamos los resultados más relevantes de la observación descriptiva de la evolución socioeconómica española en relación a la del resto de Europa:

Hemos fijado la atención en la fecundidad, la mortalidad, la emigración y los rasgos económicos de cada periodo. Todo ello nos dibuja una estructura de población que ha ido cambiando.

El punto de partida situaba a España lejos de la situación de los países de la Europa Septentrional. Tardó más que los demás en abandonar el régimen demográfico antiguo. Por consiguiente, la estructura poblacional se correspondía con la propia de este estadio: una pirámide de población de amplia base, con una importante tasa de mortalidad, ligada a los inviernos especialmente en las personas de mayor edad. Una alta tasa de natalidad y de mortalidad infantil completan el dibujo de la demografía del siglo XVIII.

En este siglo, el crecimiento poblacional vino marcado, en su aspecto positivo, por el fin de la Guerra de Sucesión y por la menor emigración a territorios de ultramar. Negativamente por las epidemias de peste en los inicios de siglo, de viruela y la posterior fiebre amarilla.

El atraso de la realidad económica española, la incapacidad para evolucionar tecnológicamente, políticas económicas erráticas y una Hacienda Pública mal gestionada, tuvieron como consecuencia una población peor alimentada, más expuesta a las epidemias.

Todo esto condujo a una incorporación más tardía a la transición demográfica que ya se había producido en Europa durante el periodo que abarca desde el siglo XIX hasta la I Guerra Mundial.

No solo las hambrunas y las consecuentes epidemias esquilaban duramente la estructura de población. La emigración suponía la fuga de muchas personas y tenía efectos poblacionales. Por ejemplo, el crecimiento de población cae relativamente en la segunda mitad del siglo XIX, situándose por debajo de la media europea como consecuencia de la emigración.

En este periodo, la esperanza de vida española es de las más bajas de los países europeos, en los que dicho indicador se prolongaba a la razón de dos o tres meses por año.

La disminución de la mortalidad durante el siglo XIX fue atribuida en muchas ocasiones a la mejora de la medicina. Sin embargo, avances en el control de epidemias se habían producido antes de que la medicina aportase las vacunas, cuestión que se produce a final de siglo o ya en el siglo XX. Koch aísla el bacilo de la tuberculosis en 1882, Ross descubre cómo se transmite la malaria en 1897 y la transmisión del tifus través el piojo en 1909.

En todo caso, la disminución de las crisis de subsistencia fue clave para la disminución de la mortalidad, aunque habrá que esperar a principios del siglo XX para que la población se alimente convenientemente.

Avanzado el siglo XX, y después de haber sufrido las catastróficas consecuencias de la Guerra Civil, es cuando se produce el necesario crecimiento económico que retrasaba nuestro país respecto a la media de los países europeos.

La reducción de las desigualdades incide directamente en la estructura de población. Y, sin duda, la extensión y mejora de la asistencia sanitaria, especialmente desde la segunda Gran Guerra, abren un nuevo periodo para la humanidad.

El Plan de Estabilización de 1959 permitió romper el aislamiento al que estaba sometido el Estado español por la dictadura franquista, hecho que se materializó en una importante afluencia de ayudas económicas internacionales, que tuvieron como consecuencia un crecimiento económico sin parangón.

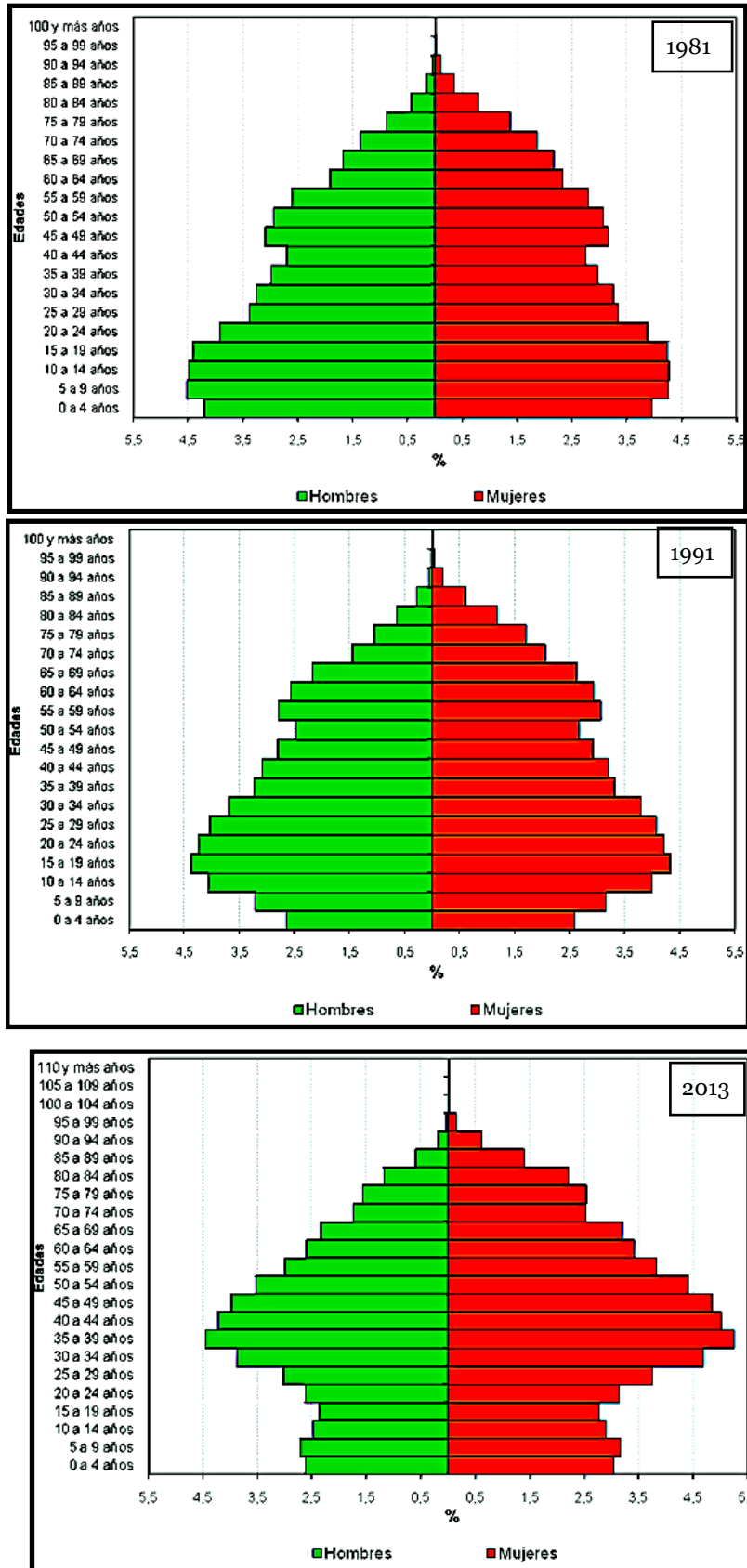
Sin embargo, el mayor ritmo de convergencia con el resto de Europa tiene lugar en los últimos 25 años del siglo pasado, ya en plena democracia.

Las causas de esta reducción de la mortalidad están impresas en la mejora de los niveles educativos y en el crecimiento de la renta per cápita. La mejora de los indicadores demográficos y el tránsito del régimen antiguo viene determinado por el aumento de los periodos de paz, por la mejora de las condiciones socioeconómicas y del nivel educativo, por las nuevas formas de organización de la sociedad, tanto en el ámbito laboral como en la igualdad de género.

La coincidencia con la ampliación de la asistencia sanitaria, así como la incorporación de los avances en la medicina y la farmacología, propios de la segunda mitad del siglo XX, contribuye a la convergencia de la estructura demográfica con la media de países europeos.

La estructura demográfica española, hoy en día, no difiere de esa media, los indicadores de fecundidad nos aproximan a Alemania, Italia o Reino Unido. Los factores económicos siguen determinando la pirámide de población, si bien ya no desde el ángulo del crecimiento económico, pero sí desde su incidencia en la fecundidad.

Gráfico IV.34. Pirámides de población 1981, 1991 y 2013



Fuente: INE

Solo con observar el gráfico IV.34, correspondiente a las pirámides de población de los años 1981, 1991 y 2013, se aprecian los efectos de los cambios en la fecundidad en nuestro país.

La decisión de tener hijos se supedita a la situación laboral, a haber culminado el nivel de estudios previsto y a tener cierta estabilidad económica.

Los elementos que influyen en la fecundidad, y por tanto en la estructura de población están relacionados con el ámbito del mercado laboral y la igualdad de género. En este sentido, todavía se producen diferencias significativas entre España y algunos países nórdicos.

Los aumentos más notables de la fecundidad en Europa se han dado en los países donde han coincidido, por un lado, un aumento de la autonomía individual de las mujeres y, por otro lado, un aprecio creciente respecto a los niños. Estos datos confirman la teoría de McDonald, según la cual la igualdad de género en las instituciones sociales (es decir, en la educación formal y el mercado laboral) y en las relaciones de pareja es una condición necesaria para que a partir de ahora aumente la fecundidad. Sin embargo, en España las condiciones del mercado laboral, con altos índices de precariedad, la destrucción del derecho laboral y acarrear con el rol de trabajos domésticos sobre las espaldas de las mujeres, disminuye considerablemente la tasa de fecundidad.

En cuanto a la mortalidad, hemos comprobado cómo en el periodo finisecular del siglo XX y en los albores del siglo XXI aumentó la esperanza de vida al nacer, y se redujo la mortalidad, especialmente la de neonatos debido a las mejoras en los cuidados durante el embarazo y parto. En 1976 la tasa de mortalidad infantil en niñas era de 10,25 por 1000 para pasar en 2012 al 2 por 1000, en niños evolucionó del 13,60 en 1976 al 2,26 por 1000 en 2012.

Entre otros, estos indicadores sustentan los argumentos de algunos biodemógrafos, como Olshansky, para situar a España en la cuarta fase de la transición.

Los cambios en la estructura de población plantean algunas incógnitas acerca del futuro. A ello habría que añadir las expectativas de mejora frente a la enfermedad y la muerte. Todo ello se traduce en la transformación de las enfermedades agudas en crónicas y dando lugar a toda una generación de pacientes que van acumulando diversas enfermedades crónicas.

Sin hacerse excesivas ilusiones respecto a los avances de la biología, la genética y la medicina, es obvio que se han producido en los últimos años no sólo avances significativos, también un cambio de paradigma. En efecto, de la concepción del organismo humano como algo sujeto a un continuo “desgaste” a causa de su uso, se ha pasado a contemplar la vejez como un conjunto de transformaciones auto-programadas por los genes. Este cambio de punto de vista abre, sin duda, nuevas y prometedoras perspectivas. No obstante, nos encontraremos durante algún tiempo con la necesidad de cubrir mediante servicios las discapacidades que, por ahora, se presentan en edades avanzadas.

El INE realiza anualmente “Proyecciones de Población” con un horizonte de 10 años. Esta operación tiene por objeto mostrar cuál será la evolución futura del tamaño y estructura de la población que residirá en España en esos próximos años.

El 22 de noviembre de 2013, el INE publicó la proyección demográfica con horizonte 1 de enero de 2023 bajo las siguientes hipótesis: la fecundidad y la mortalidad se proyectan para los próximos 10 años según la tendencia observada en los diez años anteriores. Respecto al saldo migratorio, la hipótesis fue la siguiente: se mantiene fijo el número de

inmigrantes anuales observados en 2012 (292.000) y el número de emigrantes pasa linealmente de 592.000 en 2013 a 498.000 en 2022.

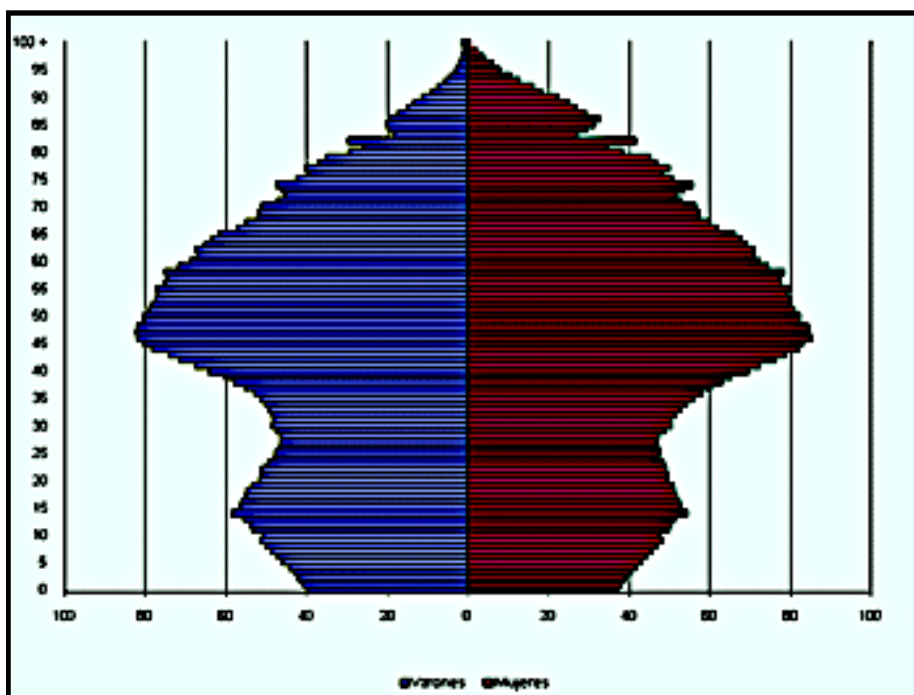
La población española que, según algunas estimaciones oficiales, ya empezó a caer en 2012 (se perdieron 114.000 habitantes) y en 2013 (242.000 personas menos), perdería en los diez años siguientes 2,6 millones de habitantes; por lo tanto, la población total pasaría de 46.704.000 habitantes el 1 de enero de 2013 a 44.083.000 en el mismo día de 2023, una pérdida del 5,6% de la población.

Según esta proyección, a partir de 2017 las defunciones serían mayores que los nacimientos. La edad media de los residentes en España llegaría a ser de 45 años al final de periodo. En 22 de las 50 provincias esa edad media será en 2023, según la proyección, mayor de 47 años.

La provincia de Barcelona sería la que, proporcionalmente, perdería más habitantes (el 11,6%), seguida de Zamora, Burgos y Castellón. Dentro de las que pierden, la que menos pierde es Guipúzcoa (el 6%). Madrid perdería 408.000 habitantes y ganarían población las provincias de Sevilla, Tenerife, Almería, Málaga, Ceuta y Melilla.

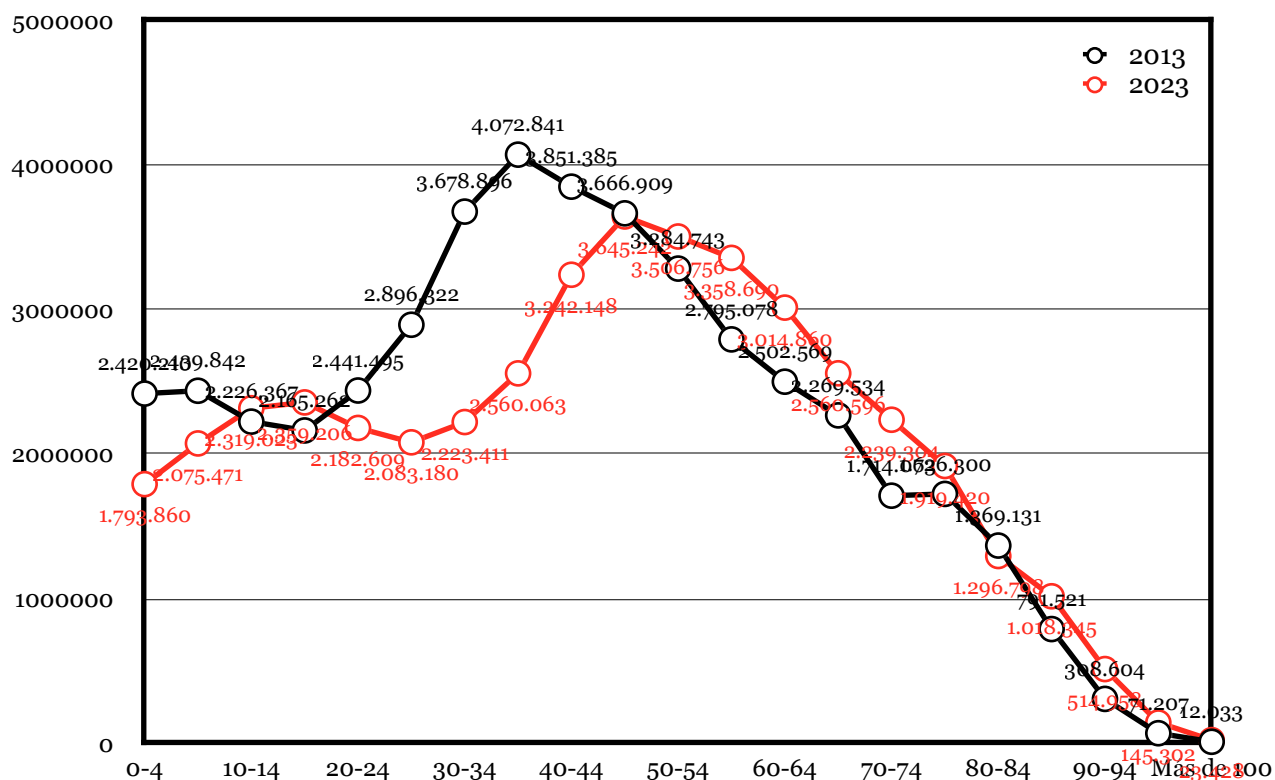
La simulación realizada por el INE –que se basa, como se ha dicho, en hipótesis tan razonables como conservadoras- muestra la intensidad del proceso de envejecimiento de la población residente en España, acelerado ahora porque al bajísimo nivel de la natalidad se ha unido un saldo migratorio negativo. En el gráfico IV.35 se representa la pirámide resultante de la proyección.

Gráfico IV.35. Proyección de población a corto plazo a 01-01-2023



Fuente: INE

Gráfico IV.36. Población residente en España en 2023 por grupos de edad



Fuente: INE

La pérdida de población se concentraría en el tramo de edad de entre 20 y 49 años, que se reduciría en 4,7 millones de personas en la próxima década (un 22,7%). Además, el descenso de la natalidad provocaría que en 2023 haya casi un millón menos de niños (menores de 10 años) que en la actualidad. (Gráfico IV.36).

La caída de la natalidad en el próximo futuro no se deberá sólo a que las tasas de fecundidad sean bajas, también a que la población femenina en edad de procrear (15-49 años) ya ha empezado a caer en 2013 (a finales de ese año eran 11,2 millones de mujeres) y no dejará de hacerlo en el próximo decenio (9,3 millones en 2023).

Todos los grupos de edad mayores de 50 años experimentarían un crecimiento de efectivos (salvo el grupo de edad 85-89, en el cual estarán en 2023 las generaciones nacidas durante la Guerra Civil). Dentro de 10 años residirán en España 9,7 millones de personas mayores de 65 años, 1,5 millones más que en la actualidad.

Si se baja del nivel nacional al provincial, la proyección envía “avisos” que producen mucha preocupación. Por ejemplo, Orense, Zamora, Lugo, León, Salamanca y Palencia tendrían al final del periodo, es decir, al inicio de 2023, un nivel de envejecimiento superior al 28% y habría 21 provincias con envejecimientos superiores al 24%. En Orense y Zamora se producirían en 2023 más de 3 fallecidos por cada nacimiento y solo 10 provincias (Cádiz, Gerona, Madrid, Baleares, Sevilla, Murcia, Guadalajara, Almería, Ceuta y Melilla) tendrían durante 2022 más nacimientos que muertes.

Sea como fuere, la proyección del INE pone en evidencia los tremendos desequilibrios demográficos que siempre trae consigo una caída muy relevante de la fecundidad, lo cual

se ha visto reforzado con la reaparición del fenómeno emigratorio a causa de la crisis que se inició en 2008. Se ha debatido mucho acerca de si la emigración puede compensar la caída en la fecundidad y tener efectos en un rejuvenecimiento poblacional. Los estudios indican que hay poco margen. Si España recibiera un flujo positivo y permanente de 225.000 inmigrantes netos anuales con una edad media de 35 años y suponiendo que la edad media inicial de la población autóctona fuera de 40 años, a largo plazo (50 años) la edad media que alcanzaría el conjunto sería de 39,9 años. Un avance apenas perceptible.

Es cierto que los problemas urgentes son de índole económica, pero los problemas que tendrá España a largo plazo serán también demográficos.

Ahora bien, no todo ha de ser problemas. La idea heredada que tenemos de la vejez (incapacidad creativa, conservadurismo, bajo nivel en el trabajo productivo, necesidad de sostenimiento externo, etc.) no concuerda con una realidad biológica que viene mejorando sin pausa. La vejez, como tantas cosas, no es una realidad estática y quienes lleguen en el futuro a la edad de jubilación actualmente practicada tendrán unas trayectorias vitales muy diferentes a las que tuvieron sus predecesores. Pérez Díaz (1998:13) ha escrito a este propósito lo siguiente:

“En el futuro, la vejez será menos solitaria, porque la mejora de la esperanza de vida retrasará el momento de la viudedad y hará más frecuente la coexistencia de tres o más generaciones. El apoyo entre generaciones no se limitará a la ayuda a los ancianos, sino que éstos serán dispensadores de ayuda a las generaciones más jóvenes. De hecho ya lo son; basta con pasear ante una guardería a la hora de la salida, u observar la edad de las personas que cuidan a quienes realmente tienen una edad muy avanzada para comprobar que muchas personas de más de sesenta y cinco años están facilitándole la vida a los demás”.

Pero ello no es contradictorio con edades de jubilación más retrasadas que las practicadas actualmente y estos cambios legales, preferiblemente flexibles, se han de realizar antes de que se produzca el anunciado colapso del índice de capacidad. En otras palabras: es preciso afrontarlos al paso de la evolución, previsiblemente negativa, de la población potencialmente activa.

España ha convergido con sus hermanos europeos después de un largo camino, el reto ahora está en cómo tratar a una población de mayor edad, donde las enfermedades mortales dejan paso a las enfermedades crónicas y donde el concepto de vejez también debe ser revisado.

Los datos son inquietantes al contemplar el preocupante panorama que describe la pirámide correspondiente al 1 de enero de 2023 (GráficoV.1). Conviene recordar lo que ya se dijo al analizar la evolución sufrida por la estructura de edades: la demografía es una parte relevante de la realidad social, pero su evolución en España no tiene por qué conducir a la catástrofe.

La demografía debe ser utilizada como un instrumento más en ese diseño de los objetivos posibles para el futuro de la sociedad.

En este sentido no deja de ser sorprendente el escaso número de investigaciones demográficas que se producen. No es posible contemplar planes para el futuro si no sabemos para cuántos ni para quiénes deben realizarse.

IV. 3. Evolución del gasto sanitario

4.3.1. Evolución en los países desarrollados

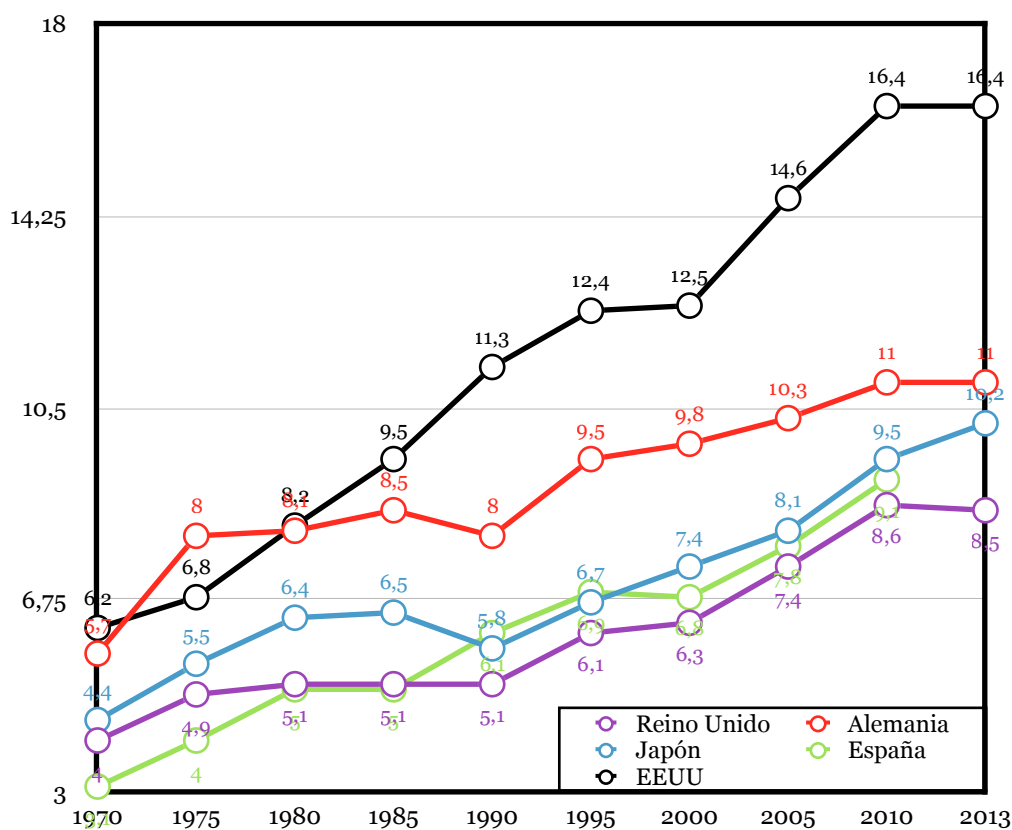
En los países de la OCDE el gasto en salud ha tenido una tendencia alcista durante las últimas décadas del siglo XX y los primeros años del siglo XXI. En 1960, el gasto en salud estaba por debajo del 4% del PIB en los países de la OCDE, en 2009 se había incrementado hasta el 9,6% y más de una decena de países se situaba en el 10%. El país que más incremento ha experimentado es EEUU, que ha pasado del 5% en 1960 al 17% en 2009, incremento mucho mayor que el que ha experimentado Holanda (12%) o Francia (11,8%).

El gasto per cápita ha crecido en términos reales en 6,1% durante los años setenta, cayó 3,3% en los ochenta, para volver a crecer el 3,7% en los noventa y el 4% entre 2000 y 2009.

Durante la crisis de los noventa, se produjo cierta contracción en el gasto, que en algunos países como Canadá y Finlandia tuvo un efecto más duradero, pero en la mayoría se tornó en nuevos crecimientos en los años siguientes.

La evolución del gasto sanitario en España es paralelo a la evolución de dicho indicador en otros países desarrollados. Desde 1960 el gasto sanitario per cápita se ha multiplicado por 80 en España, se ha multiplicado por 70 en Japón y se ha multiplicado por algo menos de 30 en EEUU, Alemania y Reino Unido. Bien es cierto que la situación inicial de España era de un gasto correspondiente al 10% de gasto de EEUU, los incrementos de recursos al sistema sanitario, especialmente después de la dictadura han llevado a una situación actual en la que el gasto es del 30% del estadounidense.

Gráfico IV.37. Gasto en Salud (%PIB) en algunos países de la OCDE (1970-2014)

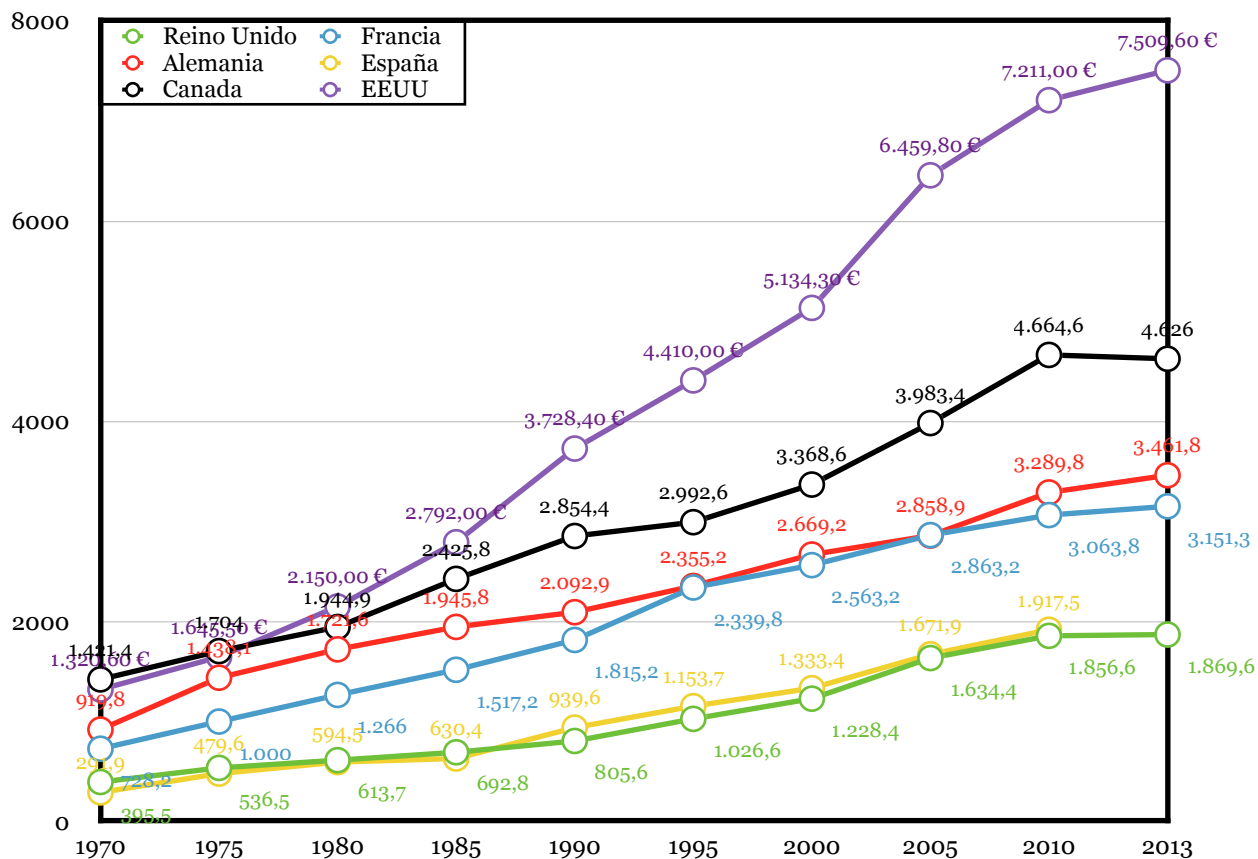


Fuente: OECD Health Data (2011)

El gráfico IV.37 expresa el gasto sanitario per cápita en algunos países desarrollados como porcentaje del PIB, se observa una tendencia creciente, si bien de manera más leve hasta 1975 para experimentar los mayores crecimientos desde mediados de los años setenta.

El gráfico IV.38 muestra la evolución del gasto sanitario en seis países de la OCDE a precios constantes:

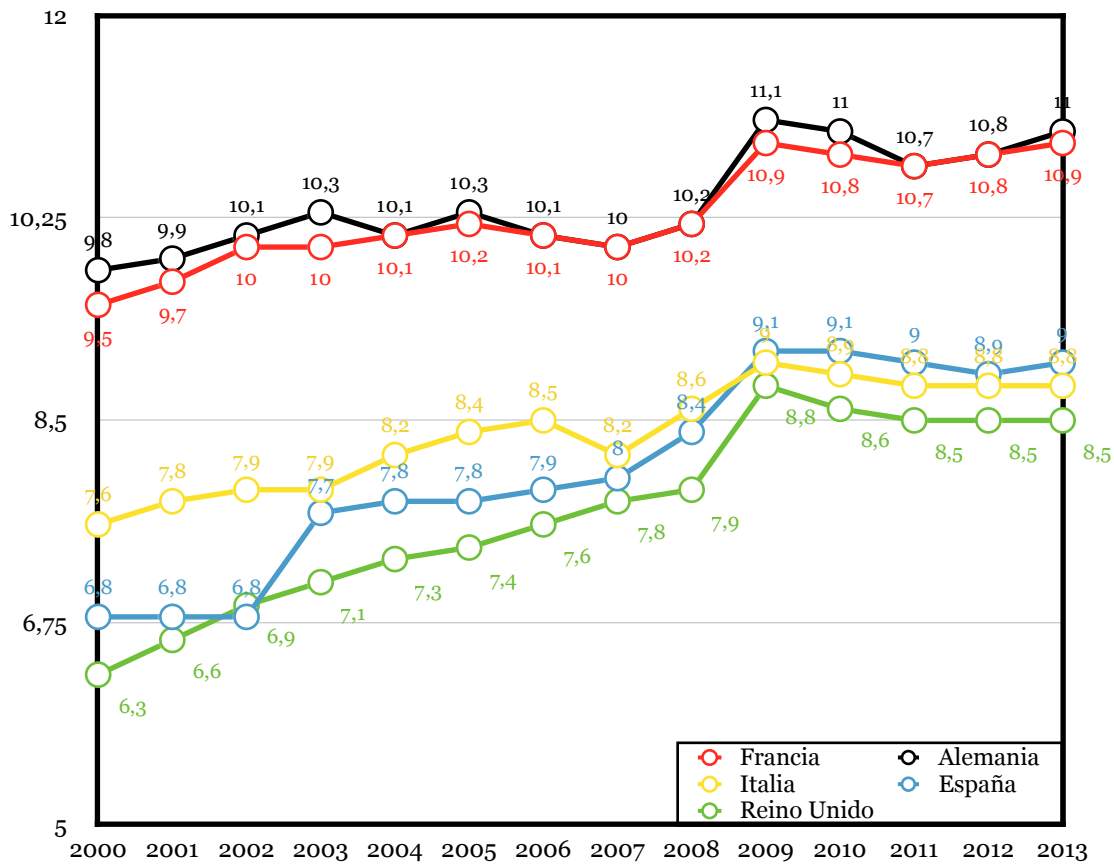
Gráfico IV.38. Gasto sanitario en algunos países de la OCDE a precios constantes



Fuente: OCDE Health Statistics (2014)

Existen diferencias entre los sistemas sanitarios, las coberturas médicas ofrecidas en cada lugar y los métodos de financiación que juegan un papel importante en el gasto sanitario, pero lo relevante es el mimetismo en la tendencia que muestran todos los países expuestos, que son todos ellos países con procesos de elección democráticos y desarrollados.

Gráfico IV.39. Gasto en salud como porcentaje del PIB en algunos países de Europa (2000-2013)



Fuente: OECD Health Statistics (2014)

Los cambios en la ratio de gasto en salud como porcentaje del PIB, son el resultado de la evolución del crecimiento del PIB y de la evolución del propio gasto sanitario. La tasa porcentual de incremento de gasto sanitario entre 2000 y 2013 fue del 3,3% en términos reales como media en la UE, resaltando que corresponden algunos años al periodo de crisis económica.

En Francia y Alemania, como muestra el gráfico IV.39, se incrementó desde prácticamente el 10% en el año 2000 hasta el 10,9 y 11% respectivamente en el 2013. El gasto en salud per cápita (tabla IV. 9) creció más rápidamente en Alemania que en Francia durante todo el periodo, también lo hizo el PIB.

Las causas del incremento del gasto sanitario que se han puesto de manifiesto en la literatura han sido tres: Incrementos en el nivel de renta, el progreso técnico y el envejecimiento de la población que hace requerir más atención médica por la cronificación de enfermedades y el aumento de la esperanza de vida.

Kleiman (1974) y Newhouse (1977), realizaron estudios empíricos que llegaban a la conclusión de que el gasto sanitario tenía como principal determinante el nivel de renta. Así Newhouse en su estudio sobre 13 países concluye que el 90% del gasto sanitario se explica con el PIB per cápita. Barros (1998) y Roberts (2000) redundan en la misma conclusión.

Existen dos argumentos que intentan explicar los incrementos de gasto sanitario en base a la relación entre renta y gasto. El primero de ellos, se basa en la teoría del capital salud, aduce que al incrementarse el nivel de salud se incrementa la productividad del trabajador y por tanto su incentivo a tener un mejor nivel de salud, aumenta el coste de oportunidad de estar enfermo. El segundo argumenta que cuanto más riqueza tiene un país mayores son las posibilidades de inversión en educación, salud y bienestar y por tanto incrementa el gasto en mejora de las condiciones higiénico sanitarias.

Zweifel et al (1999) y Okunade y Murthy (2002) concluyen que el envejecimiento poblacional y el proceso tecnológico son los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario. En lo que se refiere al envejecimiento, se apela al mayor gasto por la incidencia de enfermedades crónicas a medida que aumenta la esperanza de vida. Este argumento se pone en entredicho con algunos estudios empíricos que indican que lo que se produce al aumentar la esperanza de vida es un retraso en la aparición de la enfermedad.

En cuanto a la innovación tecnológica, hay mejoras técnicas que muestran su efectividad en términos de salud, pero no todas las innovaciones de carácter tecnológico suponen mejoras en términos de salud. Como se verá más adelante, el exceso de medicalización, más concreto la medicalización del malestar y el uso de cualquier técnica innovadora sin cribar aquellas que reportan ganancias en términos de efectividad, se ha convertido en coladero de incremento de gasto sanitario.

En lo que se refiere a España, Molina Morales et al. (2012) estudia el gasto sanitario desde 1960 hasta 2009 y llegan a las siguientes conclusiones: el gasto sanitario privado evoluciona con una correlación positiva con el crecimiento del PIB, sin embargo, el gasto sanitario público experimenta crecimiento independientemente de que el PIB per cápita aumente o disminuya.

En este sentido, cobra importancia el estudio de la elasticidad renta del gasto sanitario. Newhouse halló una elasticidad renta mayor que 1, Albi et al. (2011) muestra una elasticidad alta del gasto sanitario en España.

A continuación se muestran las tablas IV. 15 y IV. 16 en las que se puede observar las tasas de crecimiento de la renta per cápita y el gasto per cápita en salud respectivamente de los países europeos durante el periodo 2000-2012.

En ambas tablas se puede apreciar el efecto de la crisis económica en términos de crecimiento de la renta y el estancamiento e incluso descenso del gasto sanitario per cápita.

Tabla IV.9. PIB per cápita y tasa de crecimiento en términos reales (2000-2012)
Tasa de crecimiento anual per cápita en términos reales

	PIB per cápita en euros PPP(2012)	2007/8	2008/9	2010/11	2011/12	2012/13	2000-12
Austria	33130	1,0	-4,1	1,5	2,6	0,6	1,1
Belgica	30457	0,2	-3,6	1,2	0,6	-0,9	0,6
Bulgaria	12123	6,9	-4,9	1,1	2,5	1,2	4,6
Croacia	15580	2,1	-6,8	-2,0	0,1	-1,9	2,2
Chipre	23352	1,0	-4,5	-1,3	-2,1	-3,9	0,3
Rep. Checa	20666	2,2	-5,0	2,2	1,6	-1,2	2,7
Dinamarca	32118	-1,4	-6,2	0,9	0,7	-0,7	0,2
Estonia	18450	-3,9	-13,9	2,8	9,9	4,3	4,5
Finlandia	29404	-0,2	-9,0	2,9	2,3	-1,5	1,2
Francia	27731	-0,6	-3,6	1,2	1,5	-0,4	0,5
Alemania	32062	1,3	-4,9	4,2	3,3	2,4	1,3
Grecia	19512	-0,4	-3,1	-4,7	-6,9	-6,7	0,3
Hungría	16996	1,1	-6,6	1,3	1,9	-1,2	1,0
Irlanda	32913	-4,1	-7,3	-1,6	1,8	-0,1	0,7
Italia	26223	-1,8	-5,9	1,4	0,3	-2,6	-0,2
Latvia	16376	-1,7	-16,3	0,8	7,2	6,5	5,2
Lituania	12288	4,0	-13,9	3,7	8,5	5,1	5,8
Luxemburgo	67210	-2,5	-7,3	1,2	-0,3	-2,5	0,6
Malta	22014	3,2	-3,5	3,7	1,1	0,0	0,9
Holanda	32541	1,4	-4,2	1,0	0,5	-1,6	0,7
Polonia	17106	5,1	1,6	3,8	3,6	1,9	3,7
Portugal	19491	-0,2	-3,0	1,9	-1,1	-2,8	0,0
Rumania	13558	9,2	-5,8	-0,6	2,8	1,0	4,7
Eslovaquia	19404	5,7	-5,1	4,3	2,9	1,6	4,4
Eslovenia	21382	3,2	-8,8	0,8	0,5	-2,7	1,8
España	24129	-0,7	-4,7	-0,7	-0,3	-1,7	0,3
Suecia	32186	-1,4	-5,8	5,7	2,2	0,2	1,5
Reino Unido	26638	-1,5	-5,9	0,9	0,3	-0,4	0,8
Media UE 28	25037	1,0	-6,2	1,3	1,7	-0,3	1,9
Macedonia	9044	4,8	-1,1	2,7	2,6	-0,5	2,2
Islandia	29372	-0,7	-6,9	-4,0	2,3	0,9	1,0
Montenegro	10346	6,5	-6,1	4,5	3,0	-2,8	3,8
Noruega	49663	-1,2	-2,9	-0,8	0,0	1,6	0,6
Serbia	9039	4,3	-3,1	1,4	2,4	-1,0	3,2

Suiza	39939	0,9	-3,2	1,9	0,7	0,0	0,8
Turquía	13711	-0,6	-6,1	7,5	7,2	0,8	3,2

Fuente: OECD Health Statistics (2014)

Tabla IV. 10. Total de gasto per cápita en salud y tasa de crecimiento anual. (2000-2012)

	Gasto total p.c.en euros PPP		Tasa de crecimiento p.c.en términos reales				
	2012	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2000-12(or latest year)
Austria	3676	3.2	2.1	1.1	0.3	2.7	2.0
Belgica	3318	3.5	3.3	0.3	1.1	1.8	3.1
Bulgaria	900	9.5	-1.5	6.0	-1.8	3.3	6.2
Croacia	1133	5.8	-6.9	-1.0	-7.7	-2.0	1.6
Chipre	1728	15.0	2.6	-3.0	2.0	-6.2	2.4
Czech Republic	1560	6.9	9.2	-3.2	2.6	-0.5	4.2
Rep. Checa	3528	0.6	5.7	-2.5	-1.3	0.3	2.1
Estonia	1086	12.8	-1.5	-6.3	1.3	5.4	5.5
Finlandia	2672	3.1	0.5	0.9	1.8	0.1	3.2
Francia	3220	0.6	2.4	0.8	1.3	0.3	1.7
Alemania	3613	3.5	4.4	2.4	0.6	2.6	2.0
Grecia	1809	2.8	-2.5	-11.3	-3.9	-11.7	1.6
Hungría	1354	-1.7	-3.2	5.5	1.5	-2.0	2.7
Irlanda	2921	9.6	2.6	-8.9	-3.7	1.8	3.7
Italia	2409	2.7	-0.5	1.5	-1.4	-3.3	1.1
Latvia	934	-7.1	-13.7	-4.7	1.2	-0.4	4.8
Lituania	1219	10.4	-1.8	-2.4	4.9	2.1	6.1
Luxemburgo	3437	4.8	1.4	-4.9	-5.5	-5.0	-0.8
Malta	1921	-0.3	-1.4	3.1	4.2	2.0	3.3
Holanda	3829	3.9	3.4	2.8	0.7	3.1	4.4
Polonia	1156	14.3	6.4	1.1	1.3	0.3	5.5
Portugal	1845	3.0	2.9	1.0	-5.9	-4.8	0.8
Rumania	753	13.2	-1.8	4.4	-3.2	0.1	6.8
Eslovaquia	1580	9.3	8.3	-3.0	-3.8	4.0	7.8
Eslovenia	2203	9.5	1.1	-2.5	0.6	0.4	2.9
España	2243	4.4	2.5	-0.1	-2.4	-3.3	2.4
Suecia	3083	2.1	1.4	0.7	2.4	1.1	2.9
Reino Unido	2470	3.3	4.3	-2.8	-1.2	0.0	3.3
UE 28	2193	5.3	1.1	-0.9	-0.5	-0.3	3.3
Macedonia	651	4.1	-1.8	3.8	2.4	3.1	0.6
Islandia	2655	-0.2	-1.8	-7.4	-0.4	0.8	0.6
Montenegro	783	-2.9	-6.5	18.7	3.3	2.3	3.8

Noruega	4610	2.7	1.6	-1.4	3.3	2.2	2.5
Serbia	957	4.3	-2.0	3.9	-1.5	1.4	6.4
Suiza	4565	1.7	3.5	1.1	2.0	3.4	2.0
Turquía	739	0.0	-6.1	-0.7	1.0	2.8	3.9

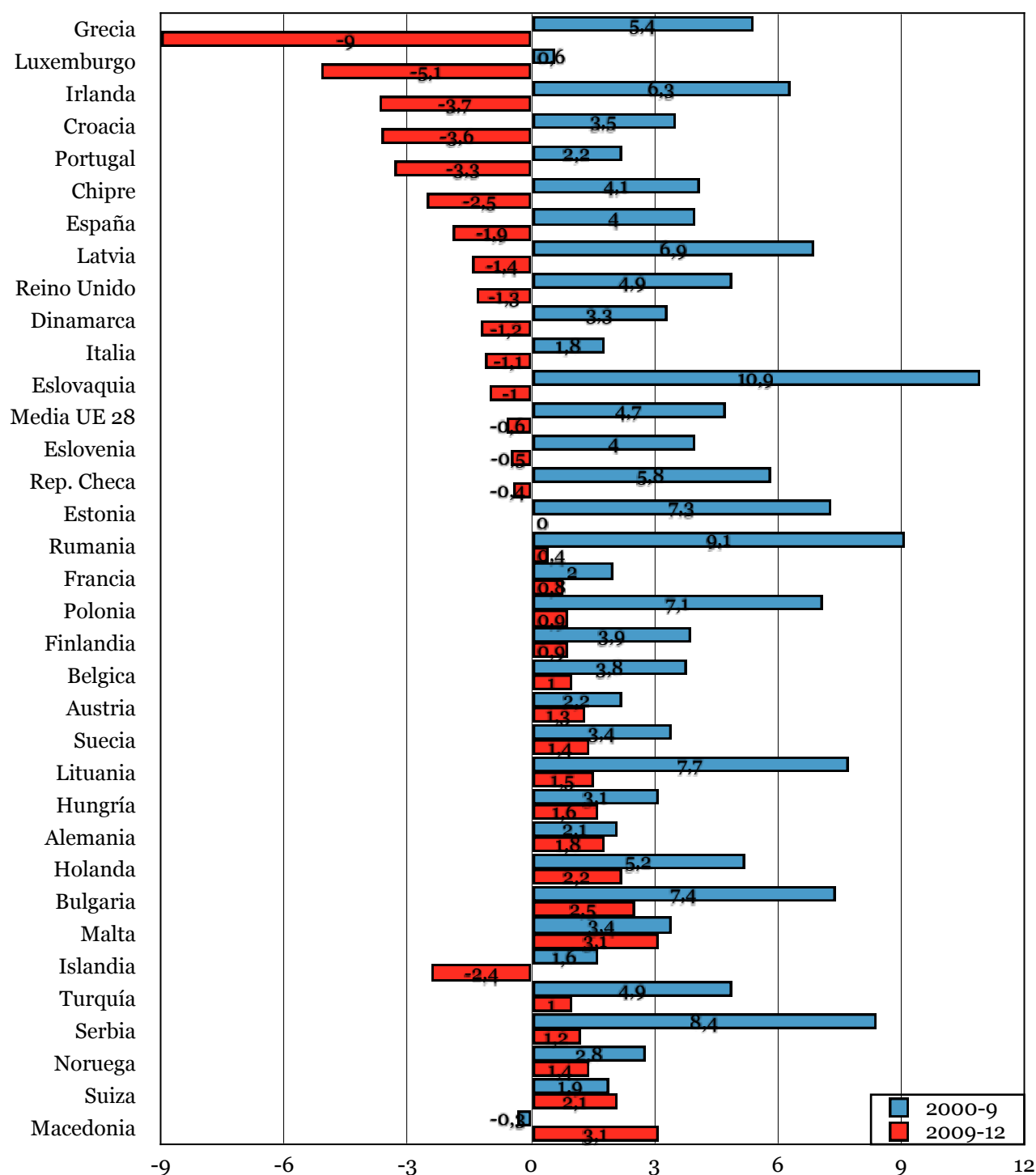
Fuente: *OECD Health Statistics (2014)*

En el gráfico IV.40 se aprecia más claramente como la crisis da lugar a dos etapas: una, hasta el 2009, caracterizada por tasas de incremento del gasto sanitario positivas con importantes crecimientos en algunos países como Irlanda, Holanda o las antiguas repúblicas de socialismo real y después de 2009, donde las tasas de crecimiento negativas son imperantes, en algunos casos muy bruscas como Grecia, situación que se suma negativamente a la caída de renta que experimento la población griega.

En el 2009 cayó la tasa de crecimiento del gasto sanitario (en Alemania 2 puntos, 1,6 en Francia), pero también cayó el PIB, con lo cual se mantuvo el gasto como porcentaje del PIB. Reino Unido incrementó su porcentaje de gasto sobre PIB pasando desde debajo de la media a encima de la media.

En los países con menor renta per cápita, su gasto sanitario como porcentaje del PIB, es menor. Irlanda experimentó un descenso del gasto per cápita sanitario en 2009 del 8,9%, Grecia del 11,3%, Estonia del 6,3% y Portugal en el 2010 del 5,9% y 4,8 en el 2011, pero se ven compensados por las caídas importantes del PIB. (Tabla IV. 10).

Gráfico IV. 40. Tasa de crecimiento anual del gasto per cápita en salud en términos reales (2000-2012)



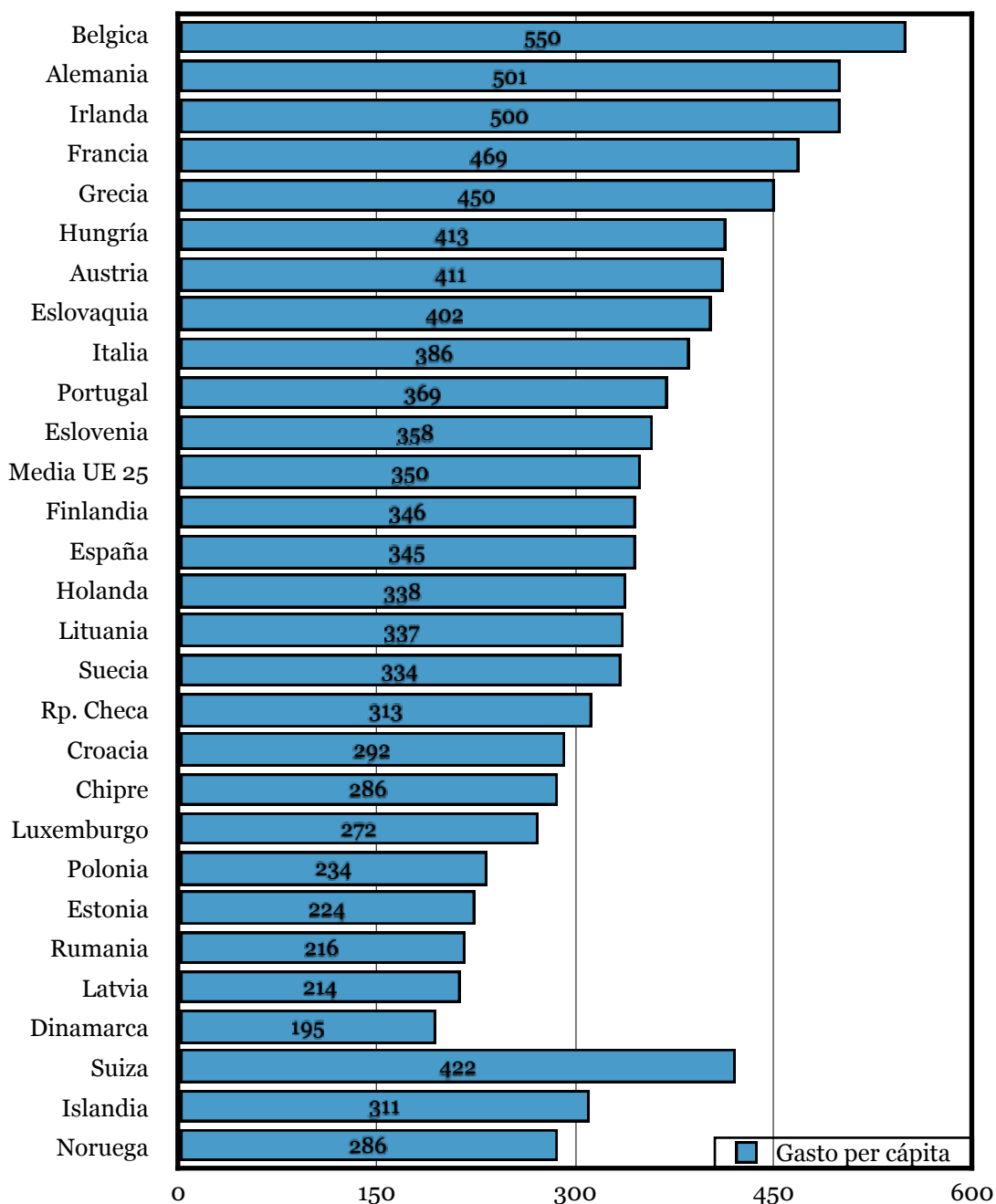
Fuente: OECD Health Statistics (2014)

El gasto farmacéutico es uno de los conceptos más importantes en cuantía del gasto sanitario. Representó un 20% del total de gasto en salud como promedio en los países de la UE, el 1,5% del PIB o 200 billones de euros en el año 2012.

Pero no todos los países se comportan de la misma manera, hay diferencias en el gasto per cápita, en el volumen de medicamentos consumidos, en la estructura de consumo y en los precios de los productos.

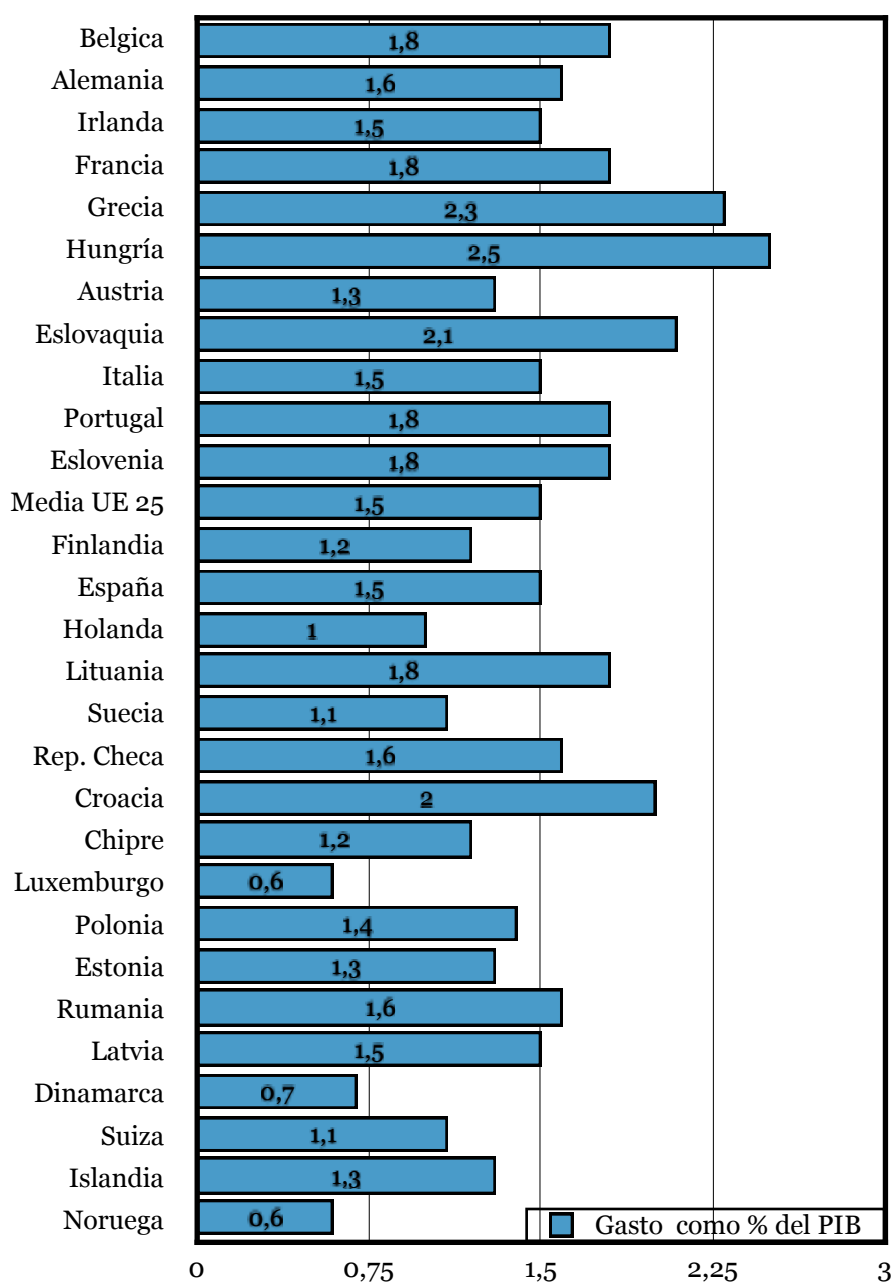
Países con renta per cápita similar como Alemania, Bélgica o Dinamarca tienen el gasto per cápita en farmacia muy dispar. (Gráfico IV.41).

Gráfico IV.41. Gasto farmacéutico per cápita



Fuente: OECD Health Statistics (2014)

Gráfico IV.42. Gasto farmacéutico como porcentaje del PIB

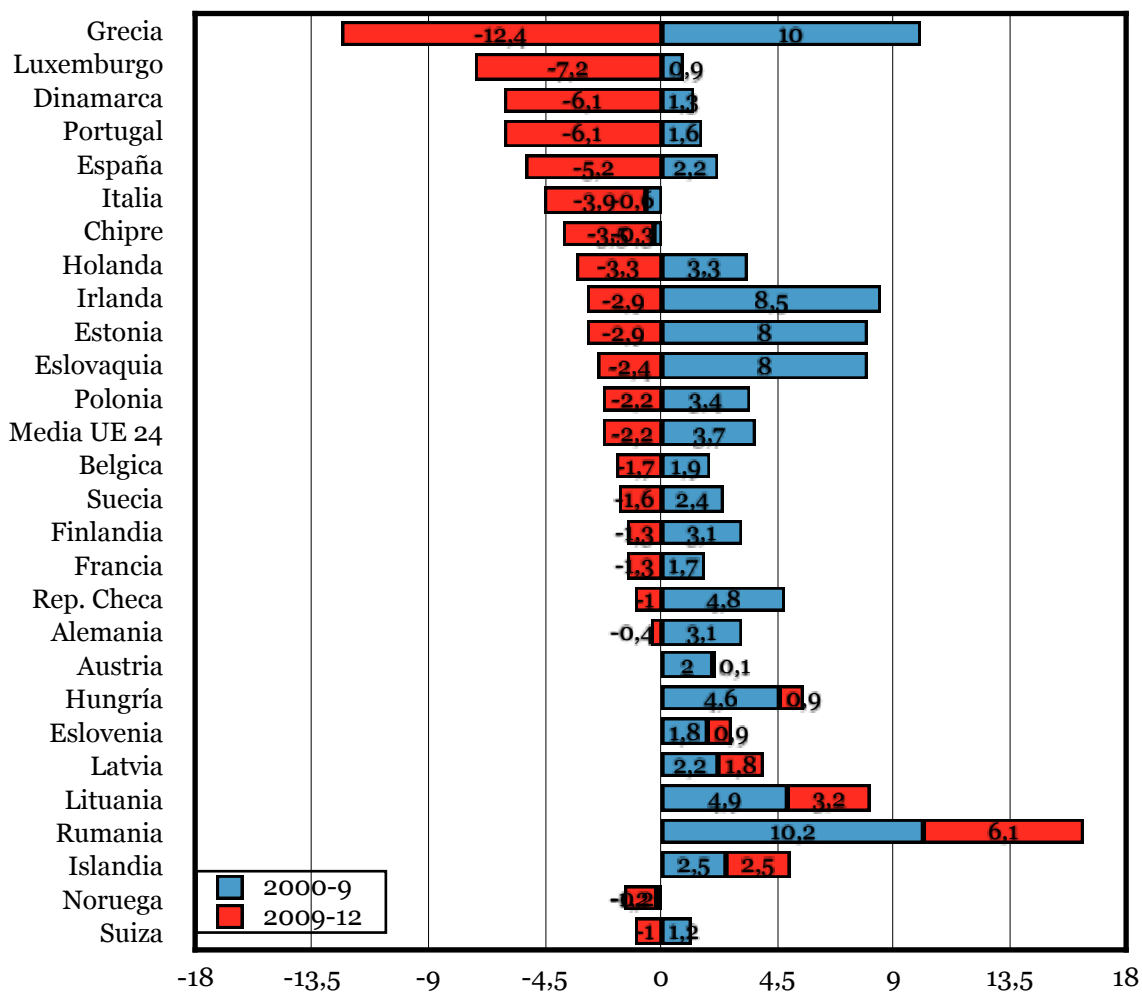


Fuente: OECD Health Statistics (2014)

Pero si podemos observar una tendencia generalizada al crecimiento de gasto farmacéutico hasta 2009 y un descenso de las tasas de crecimiento e incluso en muchos países reducción del gasto, producido por las medidas tomadas por los diferentes países como consecuencia de la crisis económica. Entre 2000 y 2009 creció el 3,7% y se redujo el 2% entre 2010 y 2012. (Gráfico IV.43).

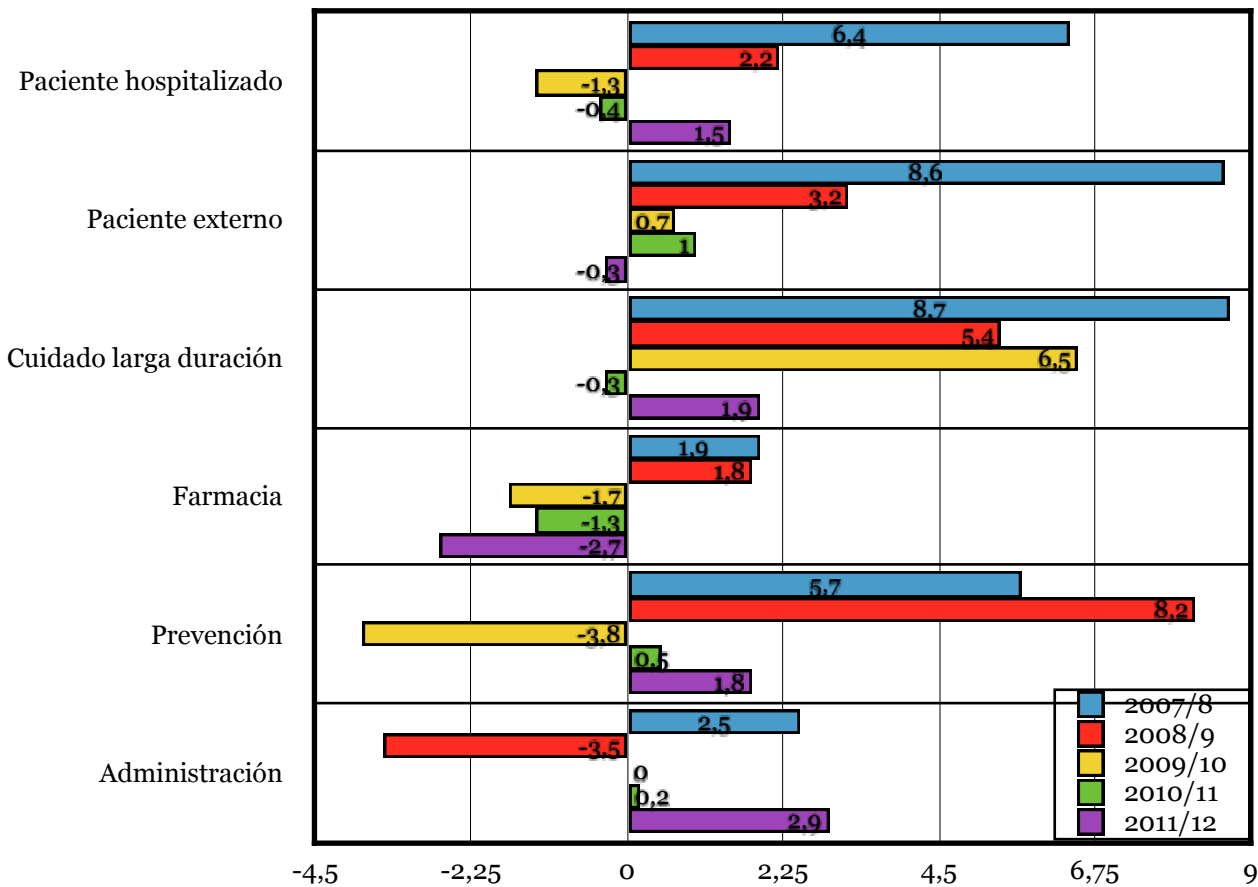
El control del gasto fue más severo en los países más golpeados por la crisis, tal es el caso de Grecia con un descenso del 33%, Portugal que registró una caída de 6,1% o España e Italia con disminuciones respectivas del 5,2% y 3,9%. (Gráfico IV.44).

Gráfico IV.43. Tasa de crecimiento anual en gasto farmacéutico per cápita en términos reales (2000-2012)



Fuente: OECD Health Statistics (2014)

Gráfico IV.44. Tasas de crecimiento anual del gasto por funciones, media UE en términos reales



Fuente: OECD Health Data (2011)

4.3.2. Evolución del gasto sanitario en España

a) Desde 1850 a la actualidad

La evolución del gasto sanitario en España es consecuencia de los determinantes del gasto analizados anteriormente, pero también de su propia configuración, tanto en el tiempo, como en lo que se refiere a las características del sistema.

En el anexo II se realiza un examen de la evolución de los seguros sociales en España y del sistema sanitario. Una de las conclusiones de la revisión es que el factor impulsor de la reforma social y de la construcción institucional del seguro social es el pensamiento y la ideología de las élites.

En el periodo que abarca desde 1850 hasta la Guerra Civil, podemos distinguir varios subperiodos correspondientes a las distintas actitudes de los gobiernos respecto a la cuestión social y al desarrollo de los seguros sociales.

Entre 1850 y 1914 el gasto social se mantuvo estancado (Espuelas Barroso 2013), de manera que la introducción del retiro obrero voluntario tuvo poca incidencia. El impacto del seguro de accidentes fue menor debido a las bajas prestaciones que ofrecía.

Aunque, en general, contaron con pocos recursos públicos, durante la Gran Guerra descendió el gasto social y sólo se logró recuperar a partir de 1917. Recordemos que desde 1919 se aprueba el retiro obrero obligatorio, el seguro de maternidad y subvenciones a mutuas contra el paro.

Durante la dictadura de Primo de Rivera, el estancamiento se hizo patente, aunque se inició el subsidio a las familias numerosas en virtud del Decreto de 21 de junio de 1926.

El periodo republicano, por contra, supuso un importante aumento del gasto social, incrementando en tres años el 115,55%, desde el 0,90% del PIB en 1930 al 1,94% en 1933. El reparto del gasto fue para el seguro de desempleo voluntario, el seguro de maternidad, el seguro de accidentes en el sector agrícola y al sistema de pensiones de funcionarios.

Como observamos en la tabla IV.11, las principales partidas de gasto social en este periodo fueron las pensiones de funcionarios, el gasto en beneficencia (incluido en otros) y el gasto sanitario correspondiente a los establecimientos benéficos.

Tabla IV.11. Composición funcional del gasto social de todas las AAPP. (1857-1933)(% s/total)

	Pensiones de funcionarios	Vejez	Invalidez	Incapacidad temporal	Sanidad	Familia	Desempleo	Políticas Activas	Otros	Total
1857	65,66	0,00	0,00	0,00	17,22	0,00	0,00	0,00	17,12	100
1875	59,08	0,00	0,00	0,00	21,02	0,00	0,00	0,00	19,90	100
1900	65,26	0,00	0,00	0,00	17,49	0,00	0,00	0,00	17,24	100
1914	66,85	0,00	0,00	0,00	17,23	0,02	0,00	0,00	15,90	100
1924	49,44	0,30	0,00	0,00	28,31	0,10	0,02	0,02	21,80	100
1933	45,69	1,80	0,004	0,00	21,10	0,48	0,26	16,36	14,30	100

Fuente: Espuelas Barroso (2013)

El periodo de la dictadura franquista que opera en los años siguientes a la Guerra, se caracteriza porque el gasto social experimenta un crecimiento importante como consecuencia de la financiación del Auxilio Social, del Patronato Nacional Antituberculoso, el subsidio familiar y la introducción del seguro de enfermedad. En 1945 se produce un nuevo estancamiento del gasto social que perdurará hasta 1960.

En cuanto a la composición del gasto social, las partidas más importantes son sanidad, vejez, pensiones de los funcionarios y el gasto social en familia que en 1945 representa el 38,28% del total de gasto social pero va descendiendo paulatinamente, quizá tuvo que ver con la política demográfica del régimen franquista.(Tabla IV.12).

La tabla IV.13 muestra el gasto sanitario total desde 1960 donde se inicia un crecimiento permanente, primero en el franquismo tardío, posteriormente con la democracia y el desarrollo del sistema.

Tabla IV.12. Composición funcional del gasto social de todas las AAPP (1945-1965)(% s/total)

	Pensiones de funcionarios	Vejez - supervivencia	Invalidez	Incapacidad temporal	Sanidad	Familia	Desempleo	Políticas activas	Otros	TOTAL
1945	18,69	10,12	1,69	1,02	22,04	38,28	0,00	1,82	6,33	100
1950	10,72	14,33	2,88	2,73	44,45	18,14	0,00	1,56	5,18	100
1955	12,02	11,74	4,69	2,46	46,49	14,42	0,01	1,83	6,33	100
1960	14,55	27,40	6,91	2,96	33,48	10,09	0,73	0,20	3,67	100

Fuente: Espuelas Barroso (2013)

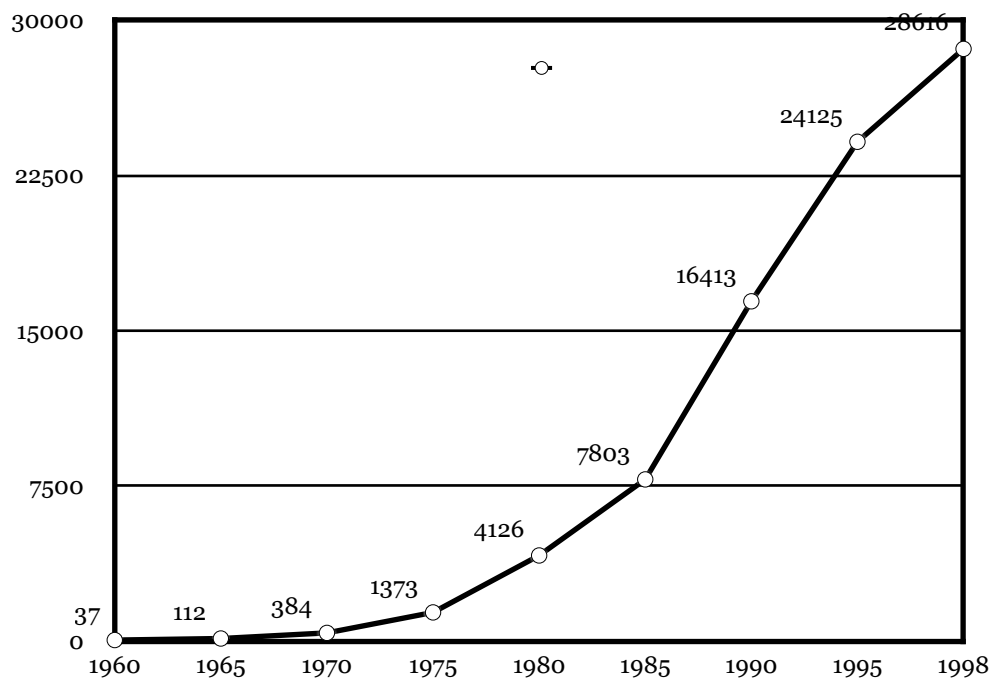
Tabla IV.13. Gasto sanitario Público Total (1960-1998)

	Servicios Hospitalarios	Primaria	Salud Pública	Servicios colectivos Salud	Farmacia	Otras prestaciones	Gasto Capital	Total
1960	15977	11190	203	2206	4182	558	2966	37283
1965	37622	31082	151	7821	19271	1213	14830	111990
1970	109076	96352	1239	12681	123903	2809	37632	383693
1975	544079	300691	2777	41038	370216	13505	101068	1373375
1980	2266830	863620	5512	92506	693790	50632	153422	4126312
1981	2582609	984795	6534	108571	777250	47830	180575	4688164
1982	3059356	1127437	6418	119552	947830	59009	250225	5569827
1983	3979551	1370143	7712	162152	1076431	88730	215561	6900280
1984	4202290	1427129	11425	182237	1095979	95058	235334	7249453
1985	4365504	1589963	6551	220818	1222123	109643	288447	7803050
1986	4810480	1773675	9051	336102	1297570	171185	321567	8719630
1987	5489224	1892816	10758	401147	1475400	236254	366275	9871874
1988	6536889	2197954	188635	403782	2115526	269232	408627	12120646
1989	7632255	2294733	223435	450791	2288495	308410	619474	13817594
1990	9257362	2680910	243558	504447	2656264	329915	740377	16412833
1991	10275083	3056985	220600	559125	3078883	296751	832280	18319707
1992	11727088	3441849	233814	668932	3548643	347215	729564	20697105
1993	12744397	3552068	262783	696193	3744374	365898	787343	22153056
1994	13139534	3737315	238950	736306	4050315	364776	594477	22861673
1995	13745549	3939894	243004	822824	4555025	380009	708476	24124782
1996	14311061	4123958	277806	843535	5019453	422913	687312	25686038
1997	14732527	4313271	304657	744966	5585245	423377	772483	26876527
1998	15531833	4531050	347270	787480	5998607	467139	952552	28615931

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (miles euros corrientes)

Como muestra el gráfico IV.45 la evolución del gasto sanitario es creciente en todo el periodo. La causa del desarrollo de los seguros sociales en España, y entre ellos el seguro de enfermedad, puede ser observado como una expresión del pensamiento político y moral de las élites dominantes y gobernantes (Guillén 1990), aunque existe mucha literatura relacionando la evolución de la renta con la tendencia del gasto en asistencia sanitaria, como se ha indicado anteriormente. (Newhouse 1977).

Gráfico IV.45. Evolución Gasto Sanitario (1960-1998). (En miles euros)

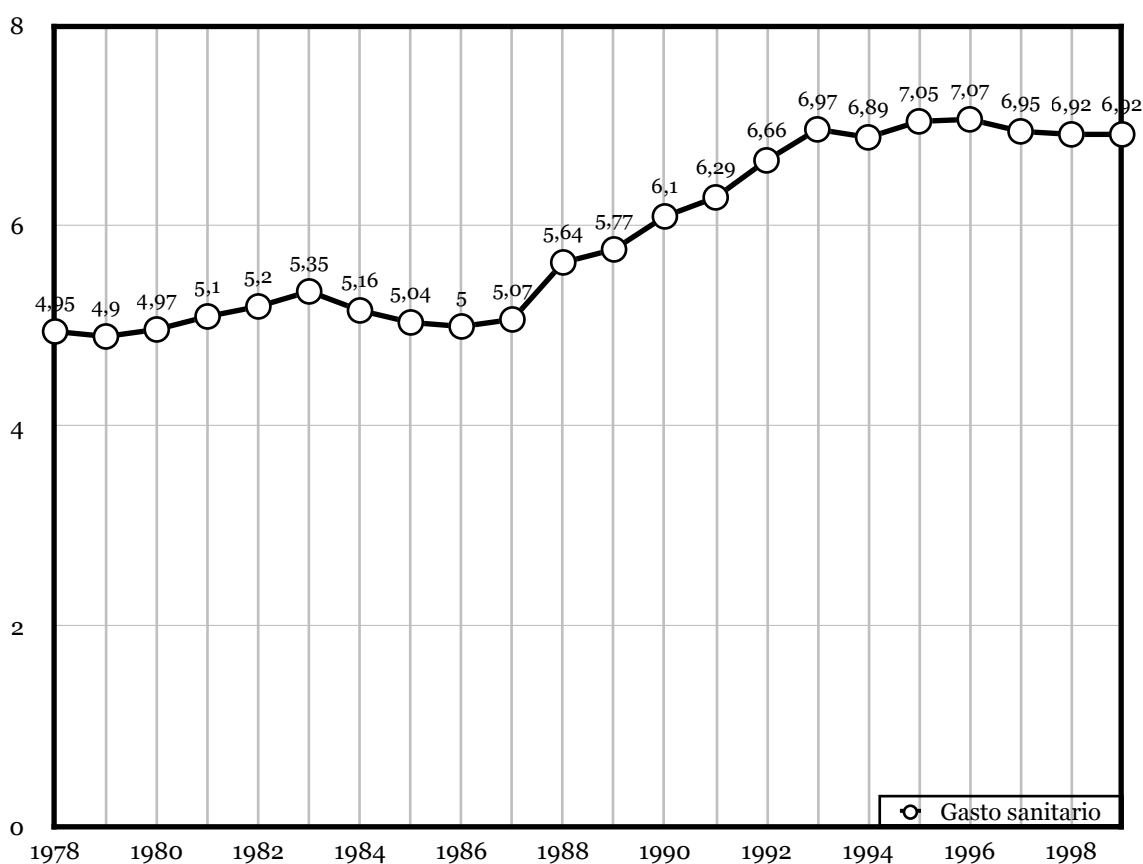


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El desarrollo del sistema, y el despliegue de dotación de recursos económicos va de la mano de la llegada de la democracia, siendo el gran desarrollo del sistema desde 1985, como se aprecia en la pendiente de la curva de gasto sanitario de la gráfica IV.45.

En el gráfico IV.46 se muestra la evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB, es concretamente a partir de 1987 con la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad cuando se incrementa significativamente la dotación de recursos para la sanidad.

Gráfico IV.46. Gasto sanitario en España como % PIB (1979-2000)



Fuente: OCDE Health Statistics (2014)

El gasto de las Administraciones Públicas en Salud o Sanidad para sostener el derecho a la salud pasó de 24.124 millones de euros en 1995, a 64.150 millones de euros en 2012.

En términos corrientes este gasto se multiplicó por 2,7 y en términos constantes por 1,7.

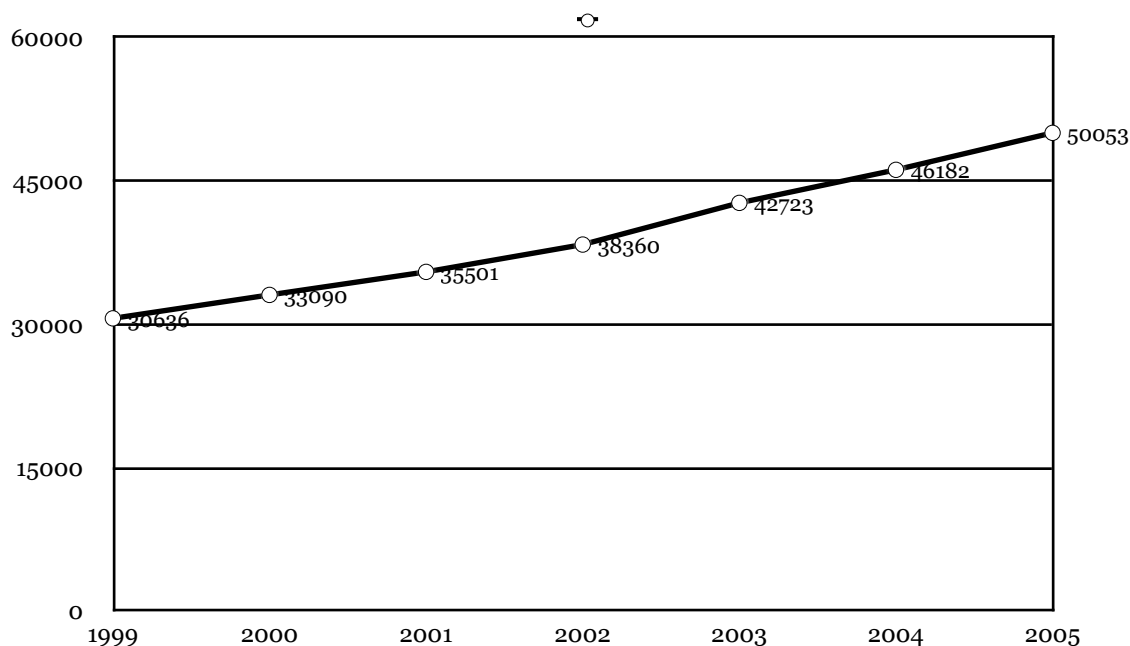
Molina et al. (2012) realizan un estudio empírico sobre del comportamiento del gasto sanitario en España en el periodo 1960-2009 y lo comparan con la media de los países de la OCDE. Establecen una correlación positiva entre el gasto privado en sanidad y la renta per cápita, sin embargo el gasto público muestra una tendencia creciente incluso cuando el PIB decrece. El estudio demuestra la existencia a la baja del gasto sanitario, especialmente el público.

Entre el año 1999 y el 2005, el ritmo de gasto sanitario público ha crecido un 8,53%. En 2005 ya suponía el 5,53% del PIB⁴⁹ y un 15,19% del gasto total de las Administraciones Públicas. (Grupo de trabajo sobre gasto sanitario 2005: 214).

En el gráfico IV.47 se representa el gasto sanitario total entre 1999 y 2005, periodo en el que se consolida el proceso de transferencias a las autonomías.

⁴⁹ PIB base 2000

Gráfico IV.47. Gasto Sanitario Total 1999-2005. (En miles euros)



Fuente: Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario GTGS (2007)

En el año 2005, el PIB creció en términos nominales un 7,78%, el gasto sanitario ha ido ganando peso respecto al PIB, en ese mismo año el gasto sanitario crece el 8,38% (gráfico IV.48), lo que le hace incrementar su porcentaje de participación respecto al PIB.

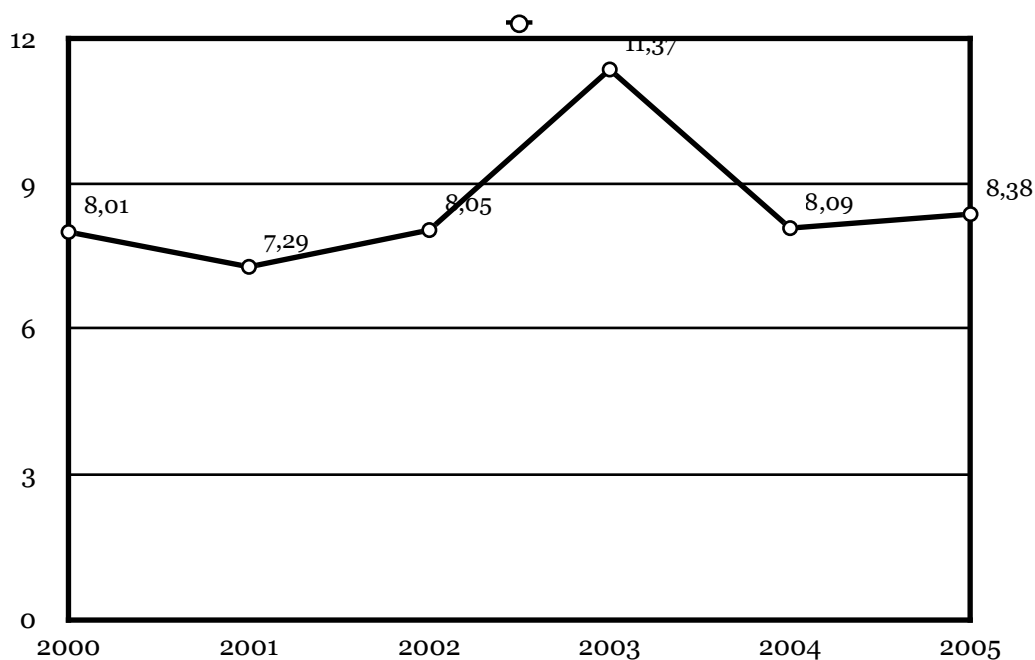
Las mayores tasas de crecimiento del GSP se producen en el 2003 (primer año en que se encuentran totalmente transferidas las competencias sanitarias) y posteriores en la serie analizada. (Gráfico IV.48).

Es decir, parece que el proceso de descentralización supuso, en principio el crecimiento del gasto sanitario, aunque también es coincidente con la “burbuja inmobiliaria” y los ingresos extraordinarios para las haciendas autonómicas.

Si lo comparamos con la evolución del PIB en términos de volumen, observamos que el derecho a la salud le ha costado a las administraciones públicas españolas un gasto superior al crecimiento del PIB, ambos en términos reales.

(Repullo 2007: 47-66) compara las tasas de crecimiento del periodo bienal (1999-2001), con el periodo (2003-2005), dejando el 2002 como año de transición, deflactando para comparar en términos reales, obtiene un diferencial de 1,28% de incremento real por persona protegida.

Gráfico IV.48. Tasas variación de crecimiento del Gasto Sanitario Público



Fuente: Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (GTGS)

Repullo compara también el crecimiento de los consumos intermedios (del 18,6% en 1999 al 21,4% en 2005) comparando los dos periodos, antes y después de las transferencias, no observa tampoco un componente inflacionario.

Sin embargo, si detecta algunos sobrepuestos por la falta de coordinación en la función de compra de insumos.

Donde sí se ha observado un componente inflacionario es en las retribuciones de personal, como muestra la tabla IV.14:

Tabla IV.14. Evolución retribución a facultativos en el SNS (1999-2004) por bloques CCAA

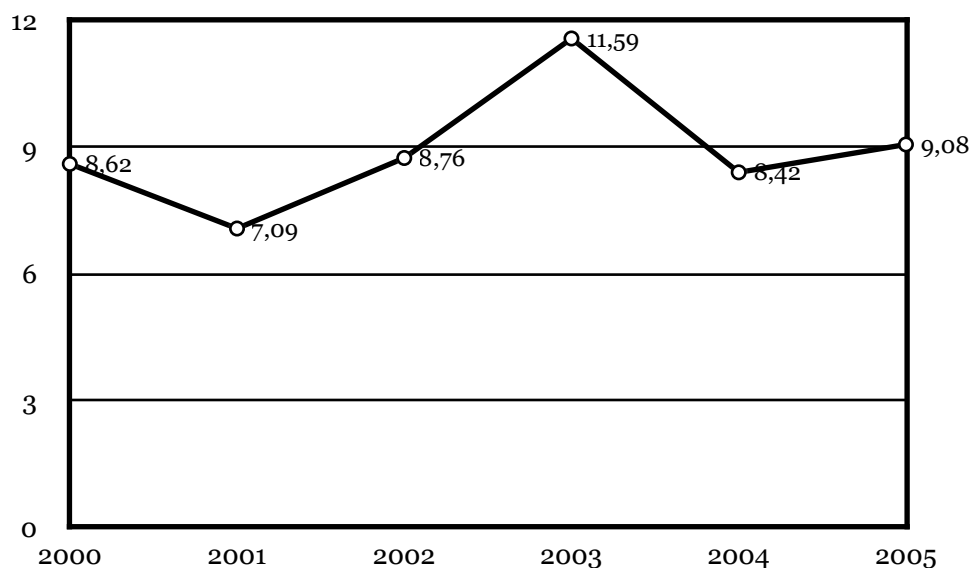
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CCAA	27246977	29597575	31697156	34474548	38469501	41708718	45494682
Admon. Central	595783	521470	539854	525810	655250	649751	678534

Fuente: Repullo (2007)

Desde el 2001 crece en todo el periodo el porcentaje de gasto sobre el PIB, coincidiendo también con el nuevo periodo de competencias autonómicas. En lo que se refiere al porcentaje sobre la renta bruta de los hogares, hay que decir que crece el peso del GSP prácticamente de manera ininterrumpida.

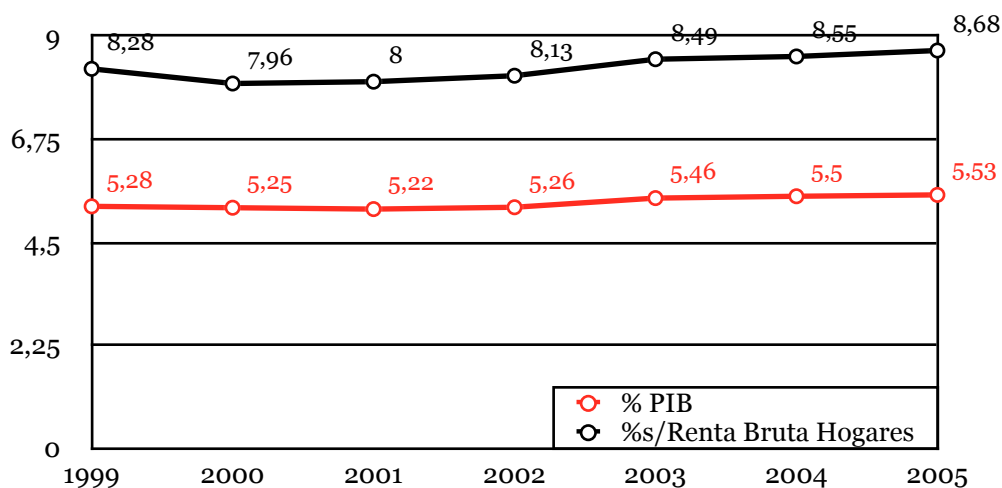
En la tabla IV.14 se observa el crecimiento que experimenta el Gasto Sanitario en las Comunidades Autónomas a partir de las transferencias.

Gráfico IV.49. Tasa crecimiento Gasto Sanitario de las CCAA (2000-2005)



Fuente: INE

Gráfico IV.50. Evolución del Gasto Sanitario como % del PIB y de la Renta Bruta de los Hogares



Fuente: INE y Elaboración propia

En el gráfico IV.49 se muestra la tasa de crecimiento del gasto sanitario de las CCAA en el periodo 2000-2005, se aprecia un pico de elevación de gasto en el momento de transferencia de la competencia.

En el gráfico IV.50 mostramos la evolución del gasto sanitario en relación a la renta bruta de los hogares, observamos que el comportamiento tendencia es prácticamente paralelo.

En el periodo (2008-2012), como observamos en la tabla IV.15, se produjo una disminución del gasto sanitario hasta alcanzar los 64.150 millones de euros.

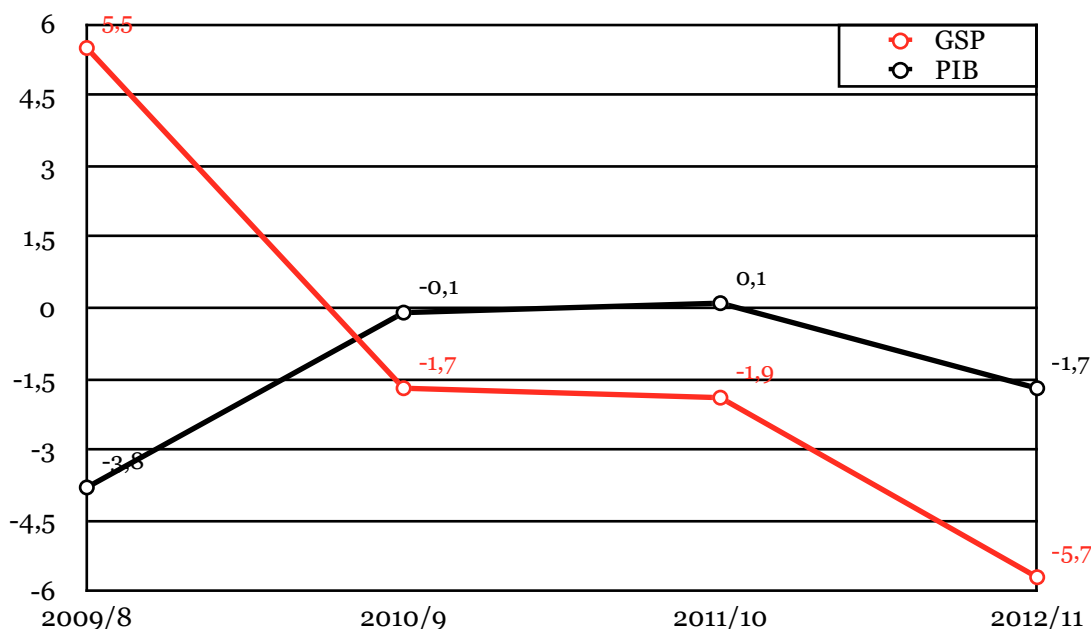
Tabla IV. 15. Evolución del gasto sanitario público a nivel nacional

	2008	2009	2010	2011	2012
Millones euros	66918	70579	69357	68050	64150
% PIB	6,2	6,7	6,6	6,5	6,2
Euros/habitante	1450	1510	1475	1442	1357

Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013)

La tasa media de variación del gasto sanitario, en dicho periodo, fue de un -1,1%, el PIB se redujo en el mismo periodo en un 1,4%. (Ver gráfico IV.51)

Gráfico IV.51. Gasto sanitario público y PIB. Tasa variación interanual. España (2008-2012)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013)

b) Componentes del gasto sanitario

b.1) Clasificación económica del gasto público sanitario

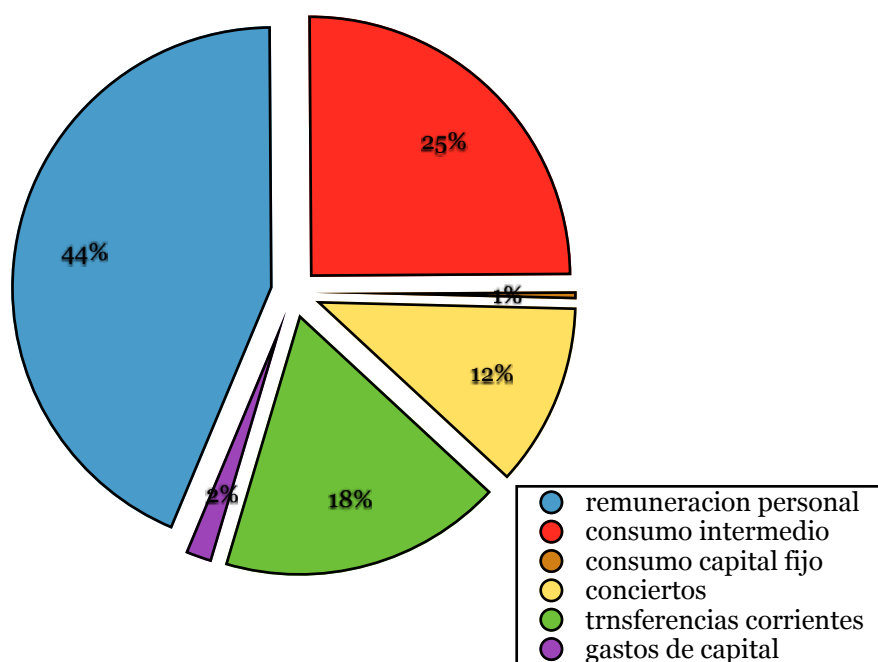
Desde el ángulo de la clasificación económica, los gastos de personal son la partida principal de gasto. Todos los capítulos disminuyen económicamente, excepto los consumos intermedios que se incrementan en un 16,4%, con una tasa media del 3,9%. La remuneración a asalariados disminuyó en términos medio anuales un 0,1% y los conciertos lo hicieron en un 1,0%. (Ver tabla IV.16 y gráficos IV.52 y IV.53).

Tabla IV.16. Clasificación económica gasto sanitario. España (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012
Remuneración personal	29186	31341	30944	30364	27984
Consumo intermedio	13775	14817	14226	15257	16035
Consumo capital fijo	224	274	284	307	293
Conciertos	7424	7458	7547	7541	7399
Transferencias corrientes	13415	14133	14211	13081	11369
Gastos Capital	2833	2556	2205	1500	1071
Total	66858	70579	69417	68050	64150

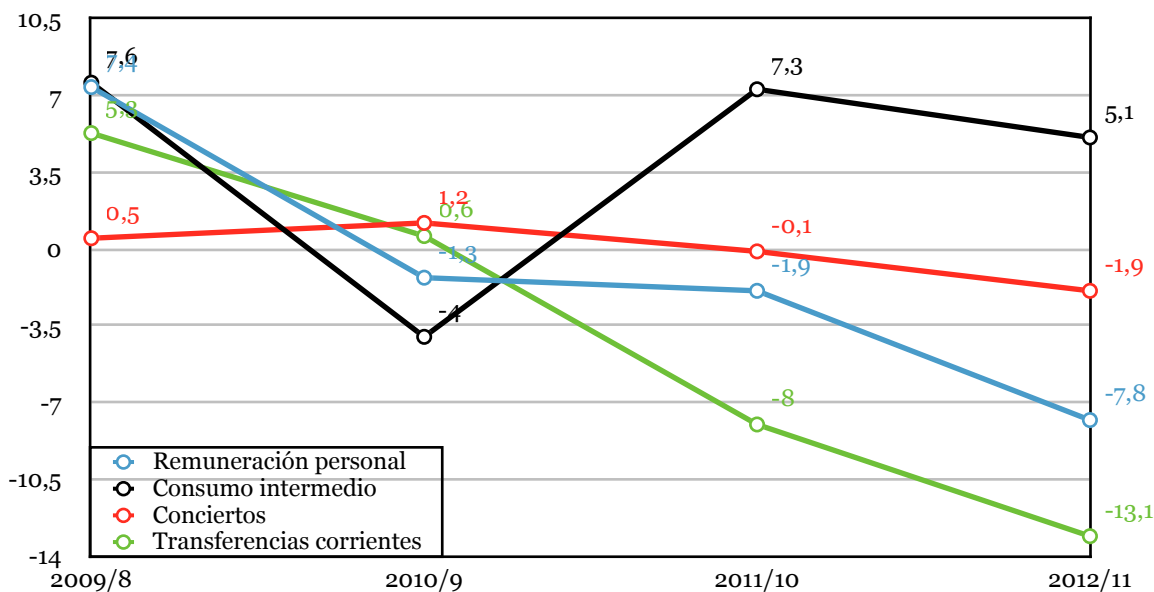
Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Gráfico IV.52. GPS. Clasificación económica del gasto sanitario. (2012)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Gráfico IV.53. Tasa variación anual Gasto sanitario público según clasificación económica. España (2008-12)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales

b.2) Clasificación funcional del gasto público sanitario

En lo que se refiere a la clasificación funcional del gasto sanitario se observa, como es tradición en el sistema sanitario español, que el mayor peso corresponde a la atención especializada y hospitalaria. Se muestra en la tabla IV.17:

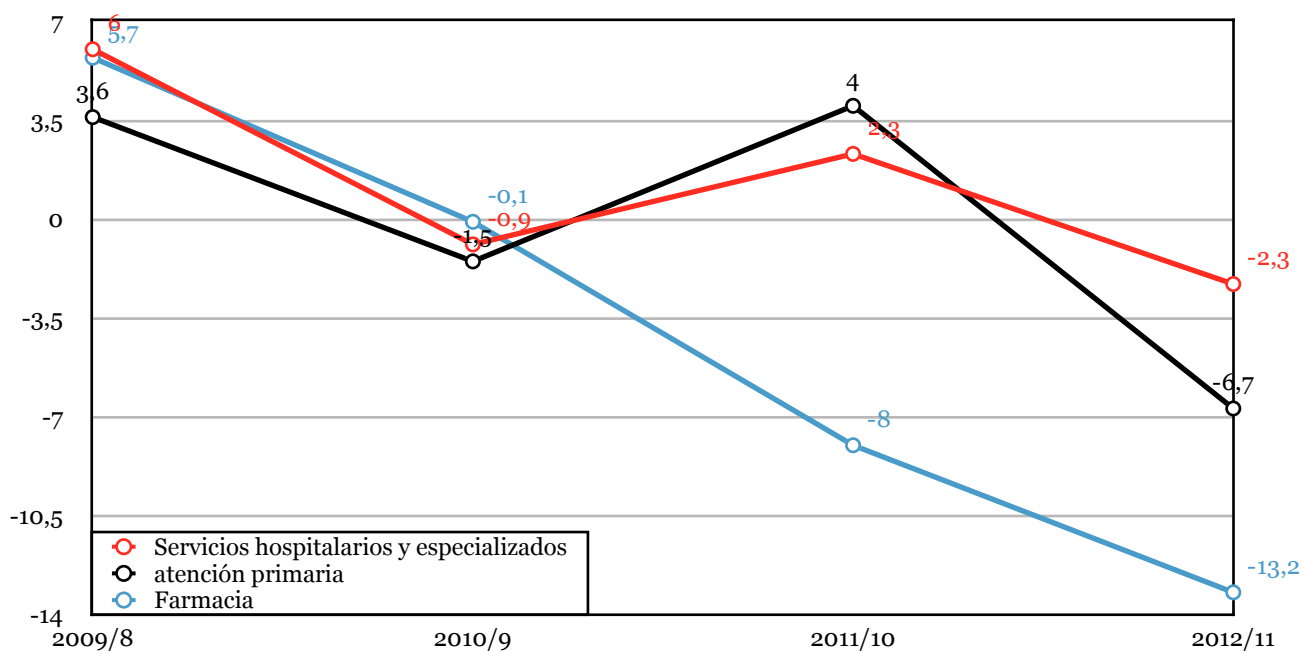
Tabla IV.17.GSP. Millones de euros clasificación funcional. España (2008-12)

	2008	2009	2010	2011	2012
Servicios hospitalarios	37018	39251	38908	39803	38908
Primaria	10396	10775	10610	10182	9505
Salud Pública	784	1158	761	750	699
Servicios colectivos salud	1907	2074	2058	2088	2012
Farmacia	12690	13415	13407	12334	10708
Traslado, prótesis, aparatos terapéuticos	1230	1351	1467	1393	1248
Gasto capital	2833	2556	2205	1500	1071
Total	66858	70579	69417	68050	64150

Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El comportamiento durante el periodo de las tres principales fuentes asistenciales se refleja en el gráfico IV.54.

Gráfico IV.54. Gasto sanitario público. Tasa de variación anual según clasificación funcional. España (2008-2012)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Cabe destacar que en el año 2009 se termina la tendencia alcista que venía produciéndose en el gasto sanitario público. El gasto farmacéutico cayó en un 21,3%. Solo es significativo el incremento del año 2009, que se debe a la compra de vainas contra la gripe A.

b.3) Clasificación sectorial del gasto público sanitario

La clasificación sectorial recoge el peso de los diferentes sectores de la Administración. (Tabla IV.18).

Esta investigación no aborda ni las consecuencias de la descentralización, ni las diferencias de gestión entre los distintos territorios, cuestiones relevantes, pero por su envergadura deberían ocupar en sí mismas un trabajo de investigación. Nos limitaremos a dar algunos datos que enmarquen la importancia de este proceso. Con la culminación del proceso de transferencias de competencias sanitarias a los gobiernos autonómicos el grueso de los recursos humanos y económicos es gestionado desde las comunidades autónomas.

Tabla IV.18. Clasificación sectorial del Gasto sanitario público

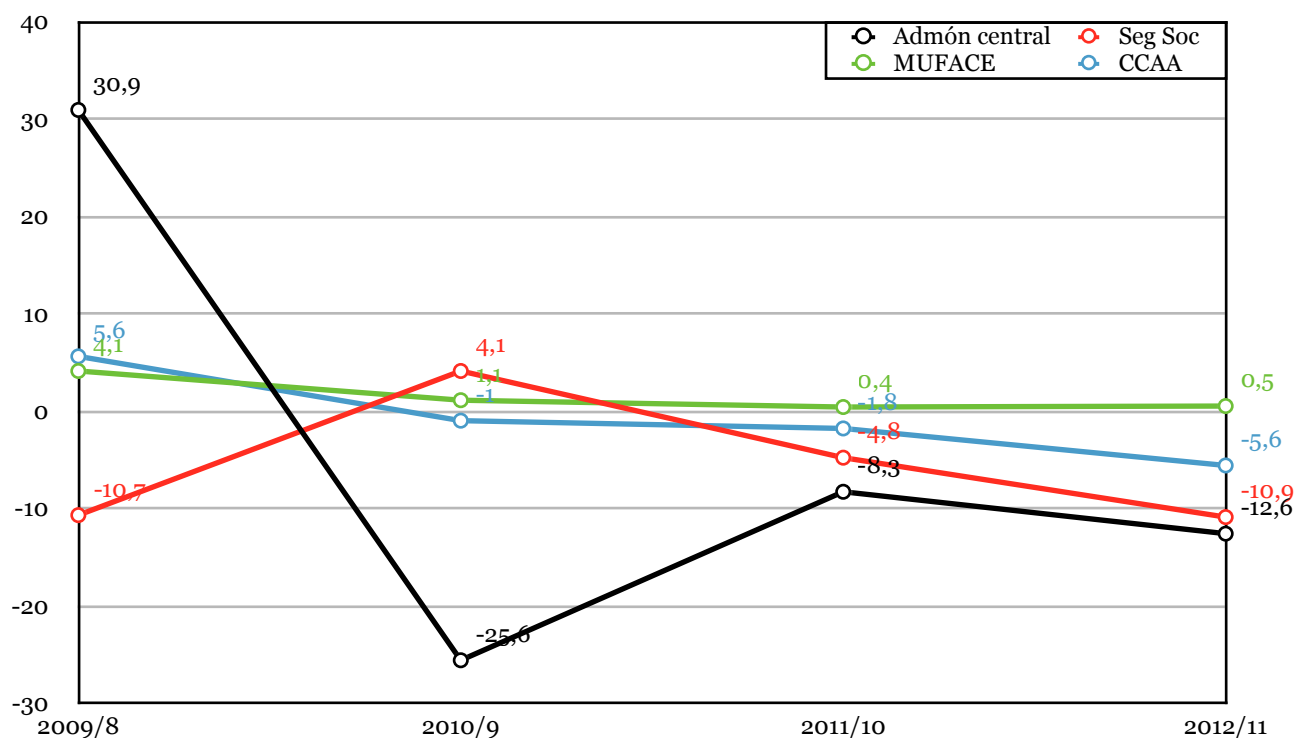
	2008	2009	2010	2011	2012
Admón. Central	930	1217	906	831	726
Seg. Social	1820	1625	1692	1610	1434
MUFACE*	1972	2054	2076	2085	2094
CCAA	60965	64387	63718	62593	59092
Ceuta y Melilla	17	19	17	16	15
CCLL	1154	1277	1008	915	789
Total	66858	70579	69417	68050	64150

Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

(*) Incluye MUFACE, ISFAS y MUGEJU

El mayor peso de gasto está en las Comunidades Autónomas, con el 92% del total. Este hecho se consolida a partir de las transferencias sanitarias a todas las comunidades que se producen en Enero del 2002. (Ver gráfico IV.55 para tasas de variación sectorial interanual).

Gráfico IV.55. Gasto sanitario público. Tasa de variación interanual según clasificación sectorial.España (2008-12)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El gasto sanitario en Cataluña, recoge el gasto en las instituciones penitenciarias en esa

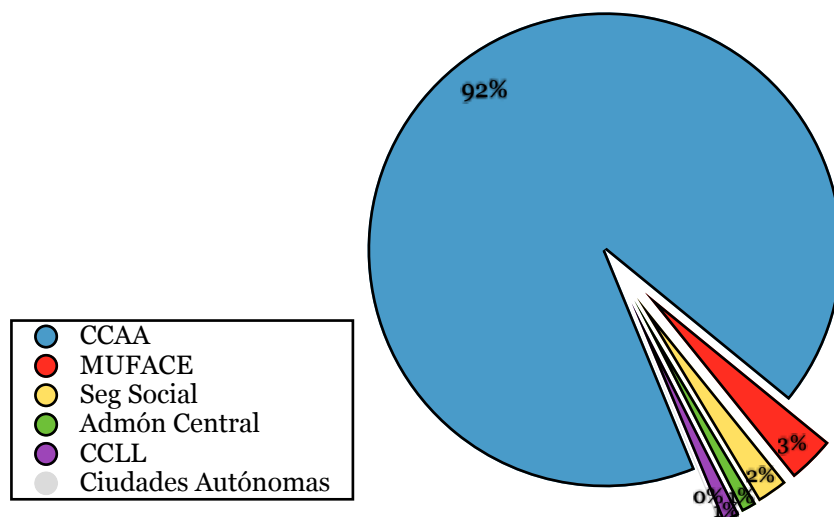
comunidad, no es así en el resto de España, que es competencia, y por tanto gasto, del Ministerio del Interior.

El gasto de mutualidades de funcionarios es el único que crece en el quinquenio. Llama la atención no sólo la pervivencia de un sistema de provisión para los funcionarios diferente para los ciudadanos que para el resto de ciudadanos, sino que sea además el único subsector que crece en los años de crisis económica vividos.

Los descensos más importantes se produjeron en las Corporaciones Locales (13,8%), en la Administración Central (1,6%) y en el Sistema de Seguridad Social (10,9%). Aunque nuevamente nos encontramos con el hecho que altera en un año (2009) la tendencia: La compra de vacunas contra la gripe A (H1N1).

En el año 2012, la clasificación sectorial del gasto refleja la clara preponderancia autonómica en sanidad. (Gráfico IV.56).

Gráfico IV.56. Gasto sanitario público sobre clasificación sectorial. España (2012)



Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El sector de las CCAA experimentó un descenso del 5,6% en el año 2012. Las que más redujeron su gasto fueron Baleares (18,3%), Castilla-La Mancha (14,8%) y La Rioja (9,2%).

Aumentaron su gasto dos comunidades: Cantabria y Castilla y León.

Precisamente en el ejercicio 2011, las comunidades que más redujeron el gasto sanitario fueron Cantabria (10,6%) y Castilla y León (7,9%), junto a Baleares que repite en el furgón de cola, 59.092 millones de euros representa el 5,8% del PIB. Si bien no es el total de gasto territorial, hay un 7,9% de gasto no computado aquí que corresponde a otros sectores, si es una importante cuantía de recursos que disponen las poderosas Comunidades Autónomas.

En cuanto al gasto per cápita, las CCAA a la cabeza son Cantabria, País Vasco y Asturias. A

la cola se encuentran Andalucía, Baleares y Madrid. (Tabla IV.19).

Tabla IV.19. Gasto sanitario público según Comunidad Autónoma. Millones de euros, % PIB per cápita. España (2012)

	Millones euros	% PIB	Euros/habitante
Andalucía	9442	6,6	1121
Aragón	2051	6,1	1523
Asturias	1721	7,6	1591
Baleares	1273	4,8	1144
Canarias	2731	6,5	1284
Cantabria	767	5,8	1293
Castilla León	3332	6,0	1302
Castilla La Mancha	3067	8,3	1450
Cataluña	10120	5,1	1342
Valencia	6747	6,6	1313
Extremadura	1693	9,9	1526
Galicia	3556	6,3	1272
Madrid	8418	4,4	1297
Murcia	2266	8,1	1541
Navarra	988	5,3	1538
País Vasco	3566	5,4	1632
La Rioja	461	5,7	1428
CCAA	62169	5,9	1322

Fuente: Subdirección responsable estadística de gasto sanitario Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

IV.4. El impacto en la mejora de Salud

Desde finales de los años 90 se han producido cuestionamientos de la suficiencia y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, a partir de diferentes proyecciones (demográfica y económica) y desde posicionamientos ideológicos.

En la sanidad preocupa saber si la mayor esperanza de vida añade por cada individuo un número adicional de años de ancianidad con alta morbilidad, utilización y gasto sanitario. En 1980, James Fries formula su hipótesis de “compresión de la morbilidad”: al envejecer se comprime y desplaza la morbilidad hacia el fallecimiento, que se está cumpliendo en lo

esencial. En el fondo, esto significa que los octogenarios están sufriendo ahora la carga de enfermedad que antes tenían los septuagenarios, y que la mortalidad podría desplazarse los nonagenarios comprimiendo la etapa final de mala salud previa al fallecimiento. Esto es importante porque son los años previos al fallecimiento los que determinan la principal morbilidad y discapacidad; y también los costes. Por lo tanto el envejecimiento individual no jugaría un papel relevante para la sostenibilidad sanitaria (otra cosa sería el envejecimiento poblacional, en términos de la proporción de mayores frente a jóvenes y las cuestiones relativas al sistema público de pensiones).

Las proyecciones económicas parten de series históricas, identificando tres propulsores del gasto: aumento de población cubierta, envejecimiento y cambio tecnológico (aumento de intensidad diagnóstica y terapéutica per cápita, estimada como residuo de los dos anteriores). Sobre esta base se extrapolan y luego se modulan escenarios evolutivos en función de parámetros de ajuste o de políticas activas de contención de costes. La OCDE ha publicado un trabajo donde se concluye que del actual 6% del PIB (media de los países de OCDE), el gasto sanitario total podría evolucionar en los próximos 50 años hacia un 9,5% en un escenario de contención de costes, o bien a un 14% en el escenario basal.

La ideología juega un importante papel en convertir las proyecciones en impugnaciones. La lógica liberal-conservadora parte de la pulsión de reducir la economía pública hacia la responsabilidad individual, incluyendo ahora también a la sanidad, bien en el ámbito de la financiación, como en el de la provisión o prestación de servicios. En un ilustrativo trabajo del *World Economic Forum* y McKinsey de 2013, la reformulación de las políticas de bienestar se expresaban con el término “solidaridad condicional”, que implicaba un nuevo contrato social donde los individuos eran conminados a buscar por sí mismos su salud, y el Estado actuaría sólo para resolver los desajustes y paliar consecuencias adversas.⁵⁰ La razón de este cambio es que la provisión de subsidios y servicios universales no es compatible con los nuevos tiempos de tensión económica y ajuste fiscal.

Una versión académica más dulcificada la proponen algunos autores como Saltman y Cahn, que cuestiona el universalismo clásico sobre la base de que el presupuesto público no podrá asumir la creciente demanda e innovación; por ello se precisa una alternativa de “re-estructuración” que reasigne una parte substancial de la financiación de salud al individuo, que simplifique la regulación gubernamental para que la haga más liviana y menos costosa, que “active” a los pacientes para que mejoren sus autocuidados y cuidados a sus parientes, y que limite las garantías desde el ámbito público sólo los servicios esenciales (“core of social insurance”)(Saltman y Cahn 2013).

Finalmente, un cuestionamiento más doméstico proviene del ritmo de crecimiento experimentado por el gasto sanitario público en España, especialmente desde que se completaron los trasposos de la sanidad a las CCAA (enero 2002): tomando valores nominales (no deflactados), entre 2002 y 2008 el PIB creció un 49%, y el gasto sanitario (valor real usando el criterio de devengo) de las CCAA un 76%. Ya en 2005 se visualiza el crecimiento del gasto sanitario autonómico de forma acusada y sostenida por encima del crecimiento de la economía, y el peligro de estar empleando ingresos fiscales extraordinarios (la burbuja inmobiliaria) para financiar crecimientos de activos específicos (hospitales) que luego incorporan importantes gastos corrientes fijos para el presupuesto público. Si bien esta especie de “burbuja sanitaria” indica una debilidad institucional, y posiblemente un mal diseño de los mecanismos de transferencia de competencias y

⁵⁰ Sustainable Health Systems: Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. A report from the World Economic Forum, prepared in collaboration with McKinsey & Company. January 2013. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf

financiación autonómica, lo cierto es que si vemos en perspectiva europea el gasto sanitario español no ha llegado ni en su pico máximo de 2009-2010 a superar el porcentaje del PIB de la EU-10, ni en gasto per cápita (en PPP\$) a la media de la OCDE. (OECE 2013:155 y 157).

Las propuestas reformistas insisten en cambios en la práctica clínica y el uso de la tecnología (doing the right things) (Repullo 2012:130-138), y en una mejor y más austera gestión de los recursos para conseguir mayor eficiencia productiva (doing the things right). Algunos textos de esta corriente en diferentes países como Inglaterra (Appleby et al 2010), España (Bernal et al 2011), Portugal (OPSS 2013) o Irlanda⁵¹, muestran un notable grado de concordancia en el diagnóstico y la terapéutica de cambios estructurales.

En este breve apartado interesa identificar dos fenómenos relevantes para evaluar el impacto de las acciones de los sistemas sanitarios en relación a la salud de la población. Por una parte, la visión transversal, en la cual vemos que el gasto sanitario y la esperanza de vida de los diferentes países se relacionan a través de una curva de rendimientos marginales decrecientes. Por otra parte, la visión longitudinal, donde identificamos los avances, pero también las limitaciones en el incremento de “años a la vida” (cantidad de vida) y de “vida a los años” (calidad de vida).

Sobre estos dos fenómenos extraemos algunas conclusiones que complementan la visión económica anterior.

4.4.1. La Medicina en la parte plana de la curva de rendimiento del gasto sanitario en la salud de la población.

Existe una corriente académica que defiende la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, aunque postula la necesidad de reformas importantes. Esta perspectiva parte de modelizar una situación de estancamiento de la medicina y la sanidad actual a la hora de producir mejoras substanciales de salud (cantidad y calidad de vida): más gasto sanitario no equivaldría a más salud, y a partir de un nivel de gasto y actividad sanitaria, los retornos serían decrecientes o nulos.

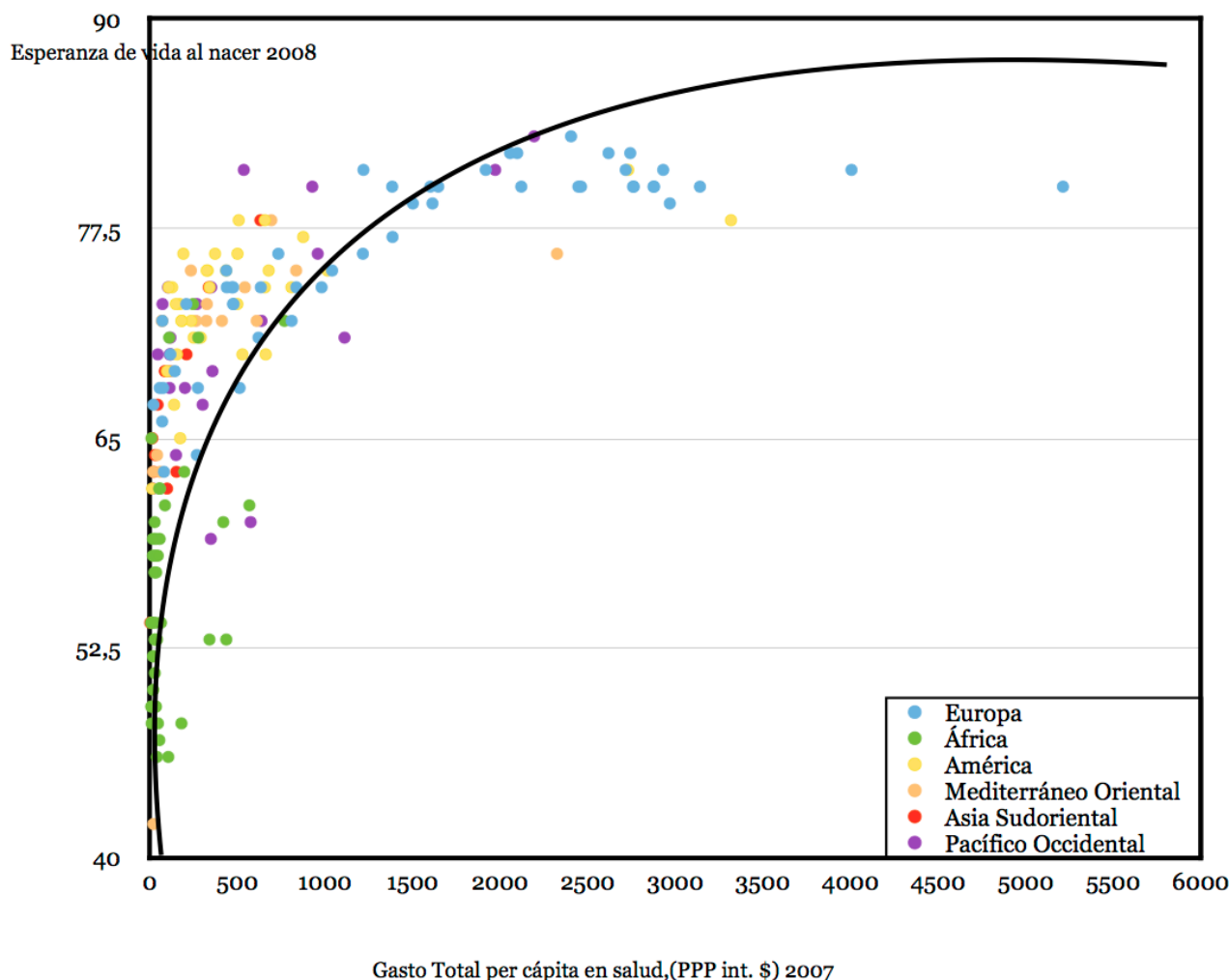
En cierta manera es desalentador que los rendimientos marginales en salud y longevidad de un mayor esfuerzo asistencial y económico sean claramente decrecientes; es la llamada “medicina de la parte plana de la curva” en términos popularizados por Victor Fuchs(2004:104 y 107) (partiendo de una relación entre renta y mortalidad de Samuel Preston en 1975). Por eso los esfuerzos deben dirigirse a hacer cosas nuevas y diferentes, y no a perseverar en hacer más de lo mismo.

En el gráfico IV.57 se representa la relación entre gasto per cápita de un amplio número de países del mundo (gasto sanitario total), y su esperanza de vida; la curva que mejor ajusta esta nube de puntos (cada punto es un país) tiene la misma forma aunque tomemos gasto público y aunque ajustemos la longevidad de acuerdo a discapacidad o calidad de vida. Como se ve, a partir de un gasto sanitario (1000 dólares) la curva se aplana bruscamente. Esto podría significar que más gasto no se asocia a más salud, bien porque nos estemos acercando a límites de longevidad y calidad de vida, o porque haciendo más de lo mismo no cabe conseguir resultados cualitativamente mejores. Y conseguir mejoras incrementales

⁵¹ Resilience project, Trinity College, Dublin. 2013. Webpage: <http://www.medicine.tcd.ie/resilience4health/overview/>

empieza a implicar empobrecer a toda la población y dejar de hacer otras muchas cosas que son fundamentales para el bienestar humano, y para el desarrollo económico y social.

Gráfico IV.57. Relación entre esperanza de vida y gasto sanitario total per cápita en países del mundo



Fuente. Informe Mundial de la Salud 2010, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>

Esta relación se observa también entre países con mayor nivel de desarrollo, aunque en este caso muestra mayor variabilidad; también se observa el mismo perfil cuando lo dibujamos con el PIB per cápita, lo que puede indicar una relación entre PIB y gasto sanitario, y también una relación entre PIB y determinantes socio-económicos de la salud (ver gráficos IV.58.A y IV.58.B).

Gráfico IV.58. A. Relación entre Esperanza de Vida al nacer y PIB per cápita

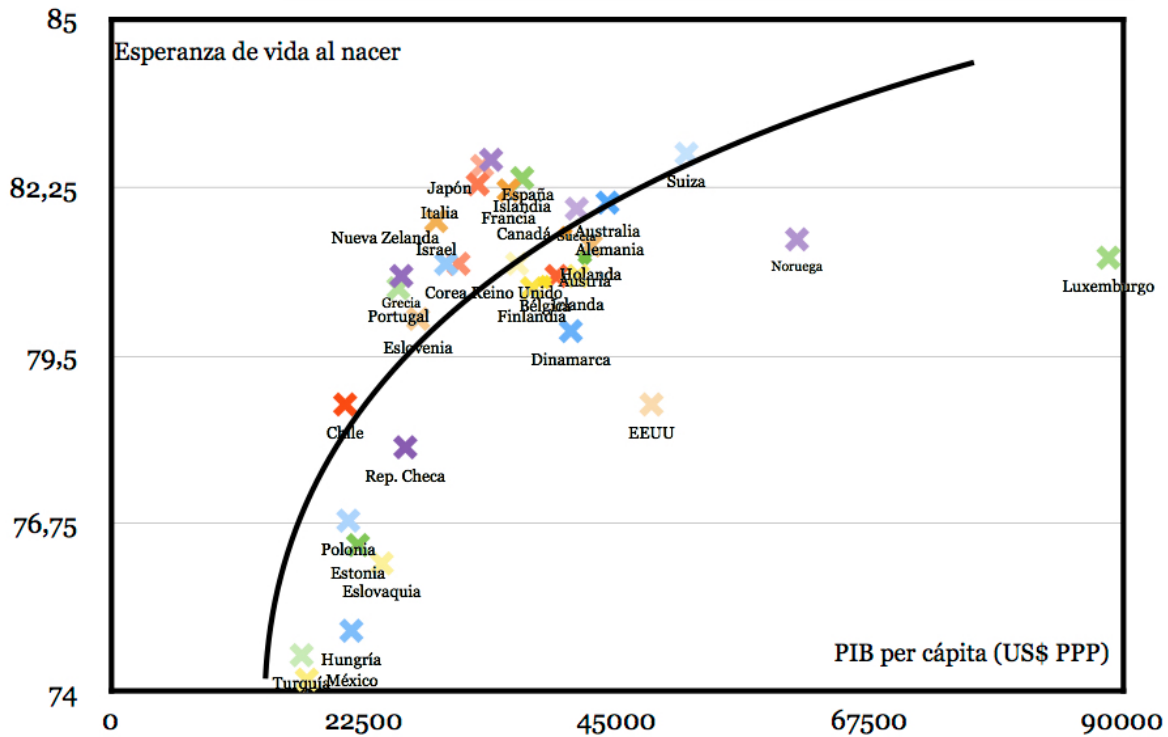
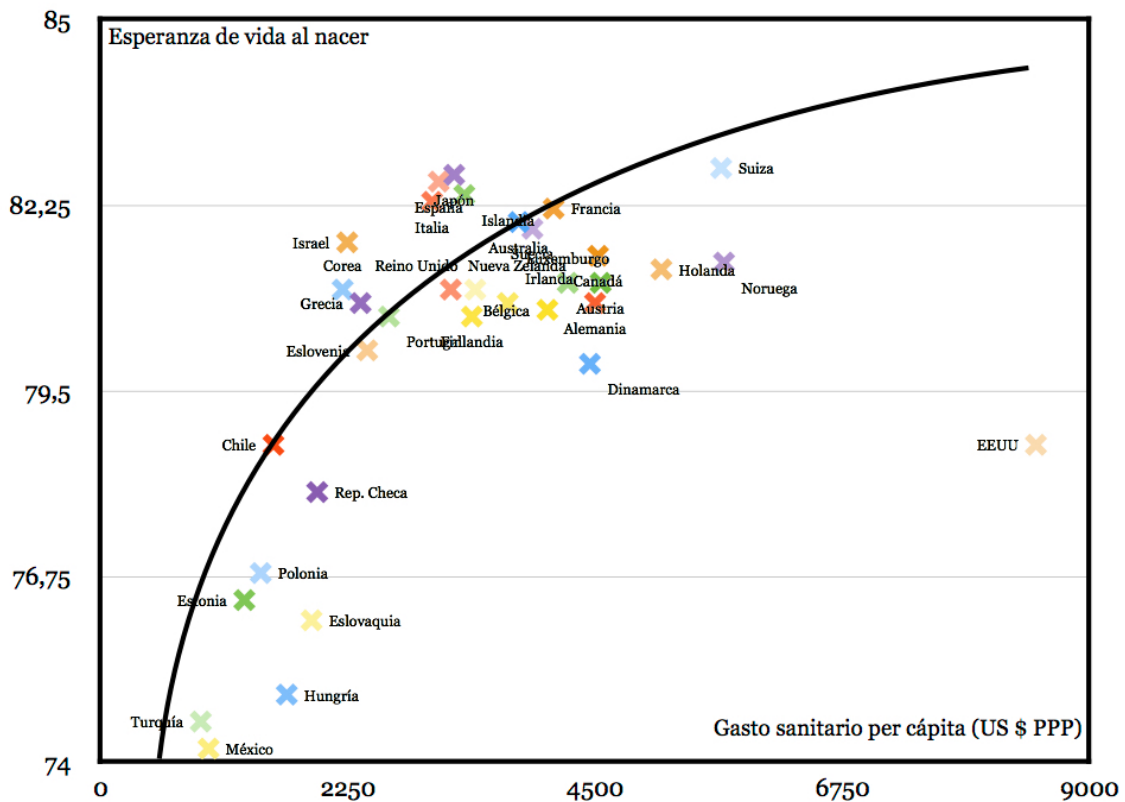


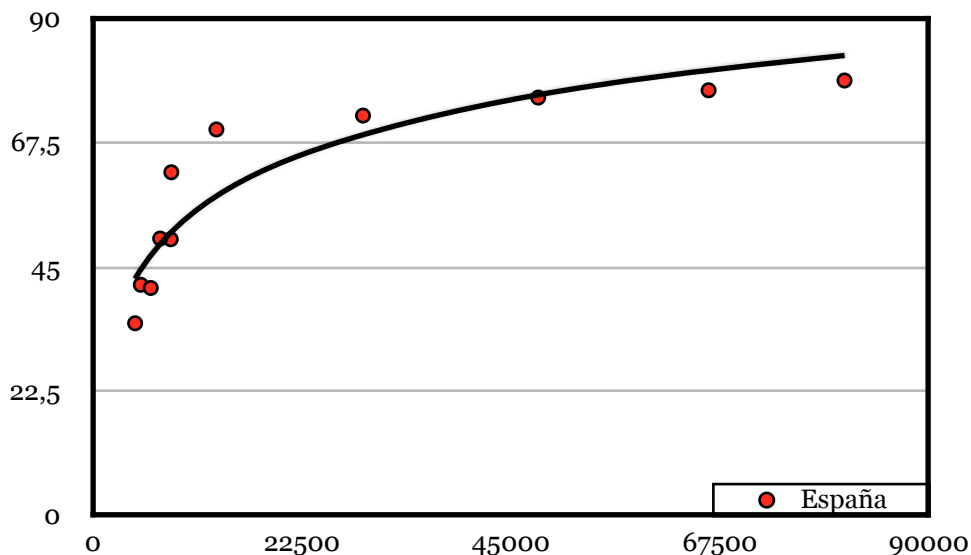
Gráfico IV.58.B. entre Esperanza de Vida y Gasto Sanitario per cápita.



Fuente: OCDE: Health at a Glance, 2013, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm>

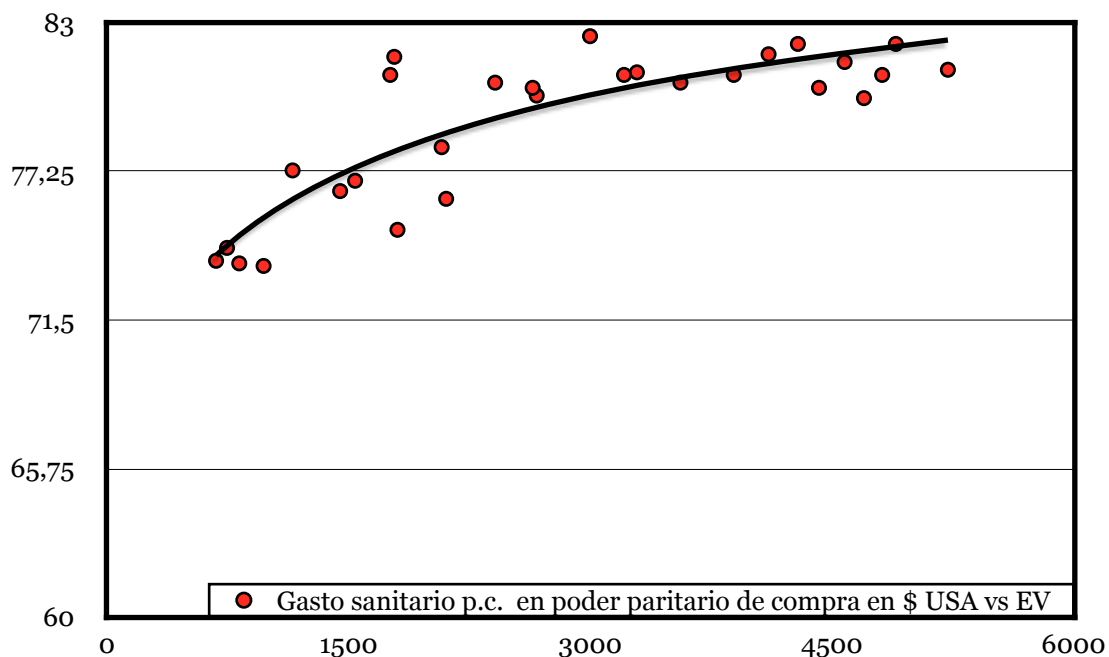
En el gráfico IV.59 esa misma relación en una serie longitudinal para España. En el gráfico IV.60 se representa la relación entre esperanza de vida al nacer y gasto sanitario per cápita en países de la UE.

Gráfico IV.59. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita (a precios de mercado en pesetas de 1995)



Fuente: INE, Prados de la Escosura (2003) y elaboración propia

Gráfico IV.60. Relación entre esperanza de vida al nacer y gasto sanitario per cápita en países de la UE



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) y elaboración propia

Tabla IV.20. Gasto sanitario per cápita vs Esperanza de vida al nacer

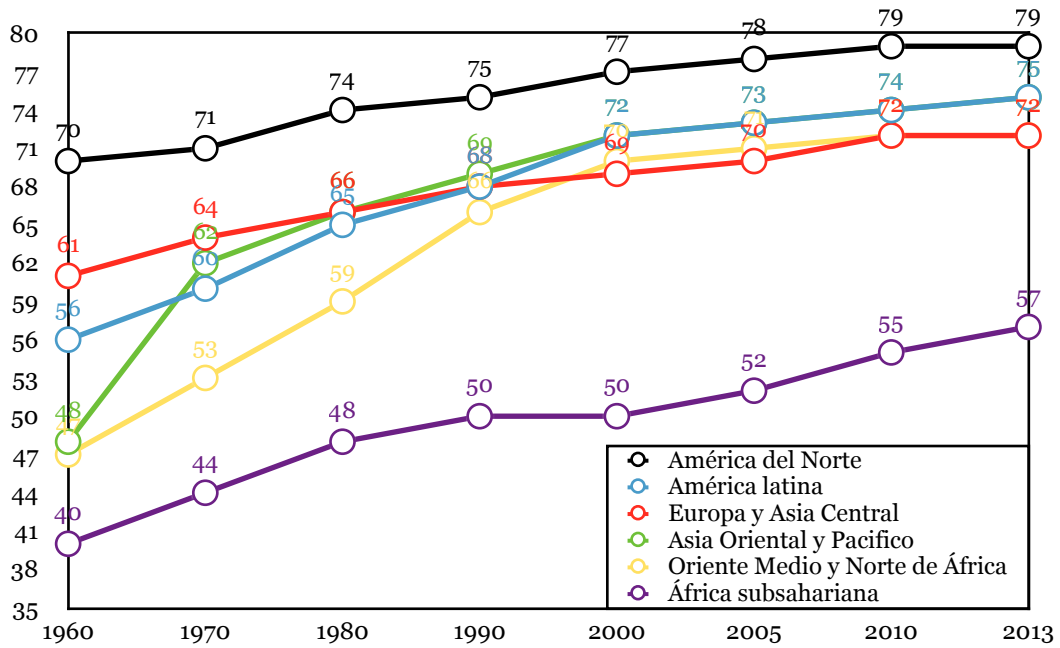
País	Gasto sanitario per cápita	Esperanza de vida al nacer
España	2998	82,5
Italia	3209	81,0
Francia	4288	82,2
Suecia	4106	81,8
Chipre	1783	81,7
Luxemburgo	4578	81,5
Holanda	5219	81,2
Reino Unido	3289	81,2
Malta	1758	81,0
Irlanda	3890	81,0
Austria	4896	81,0
Alemania	4811	81,0
Grecia	2409	80,7
Finlandia	3559	80,7
Portugal	2642	80,5
Belgica	4419	80,5
Eslovenia	2667	80,2
Dinamarca	4698	80,1
Rep. Checa	2077	78,2
Croacia	1152	77,3
Polonia	1540	76,9
Estonia	1447	76,5
Eslovaquia	2105	76,2
Hungría	1803	75,0
Bulgaria	745	74,3
Rumania	677	73,8
Letonia	821	73,7
Lituania	972	73,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) y elaboración propia

4.4.2 Posibilidades y limitaciones de incrementos de la salud de la población

Aunque ignoramos los límites de la longevidad natural de la especie humana, está claro que aumentar la cantidad de vida va a ser cada vez más difícil; visto en una perspectiva planetaria podemos percibir también un cierto efecto de aplanamiento en la curva (aunque con matices y discontinuidades); en el gráfico IV. 61 se observa por regiones globales (lo que da muestra de la desigualdad en esperanza de vida, y los ritmos tan desiguales de mejora).

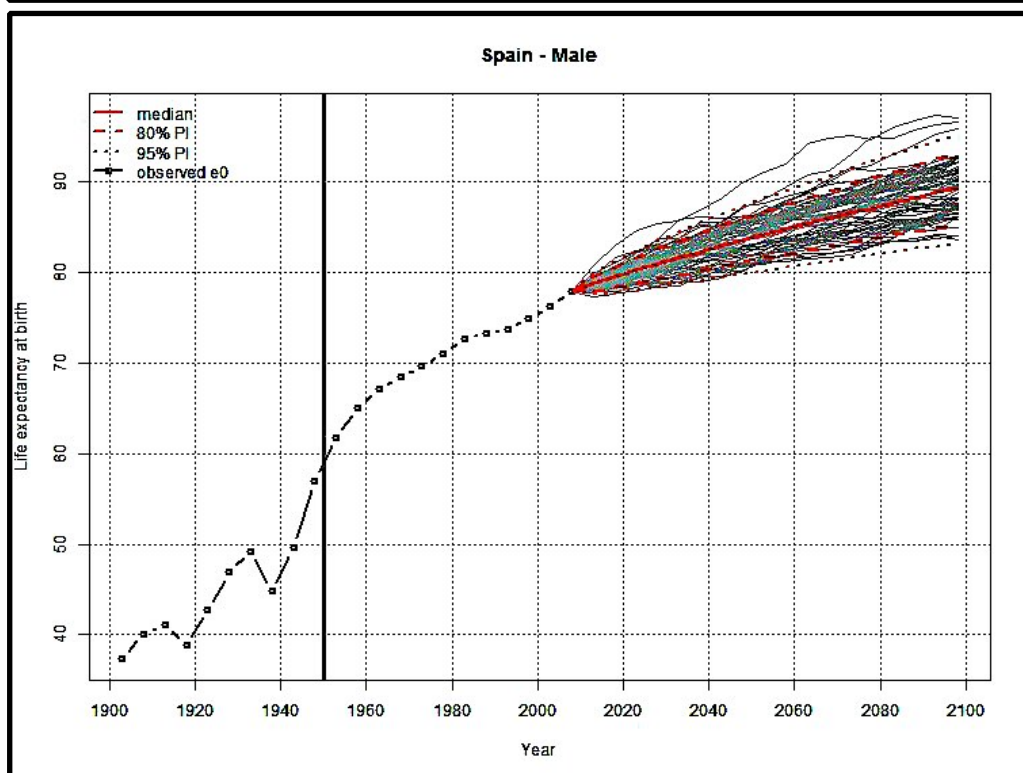
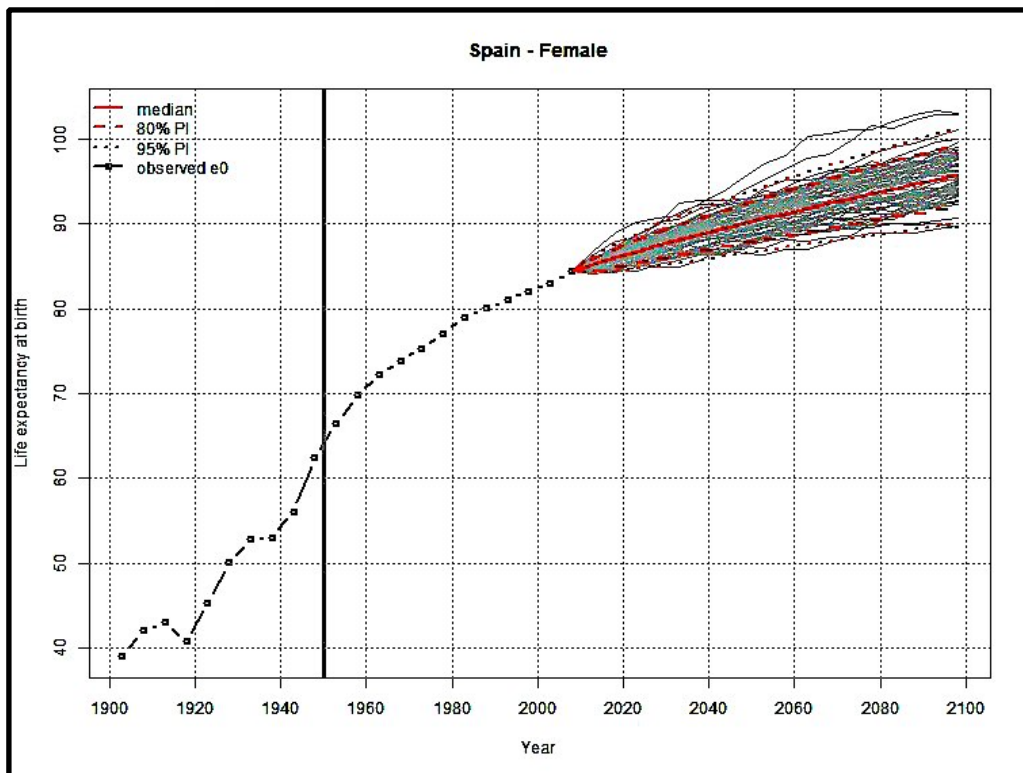
Gráfico IV.61. Evolución de la esperanza de vida al nacer por regiones



Fuente: World Bank (2011): World Development Report Database. Disponible y extraído de: <https://lsecities.net/media/objects/articles/dynamics-of-urbanisation/en-gb/>

Las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas ayudan a dibujar estas tendencias; de su base de datos interactiva hemos extraído la esperanza de vida de hombres y mujeres para España (gráfico IV.62).

Gráfico IV.62. Proyecciones de la Esperanza de Vida al nacer en España: mujeres y hombres.



Fuente: Organización de las Naciones Unidas: World Population Prospects: The 2012 Revision. Disponible en: http://esa.un.org/wpp/LifeExpectancy_figures/interactive-figures_e0-trajectories-Female.htm

4.4.3. Crisis económica y derecho a la salud.

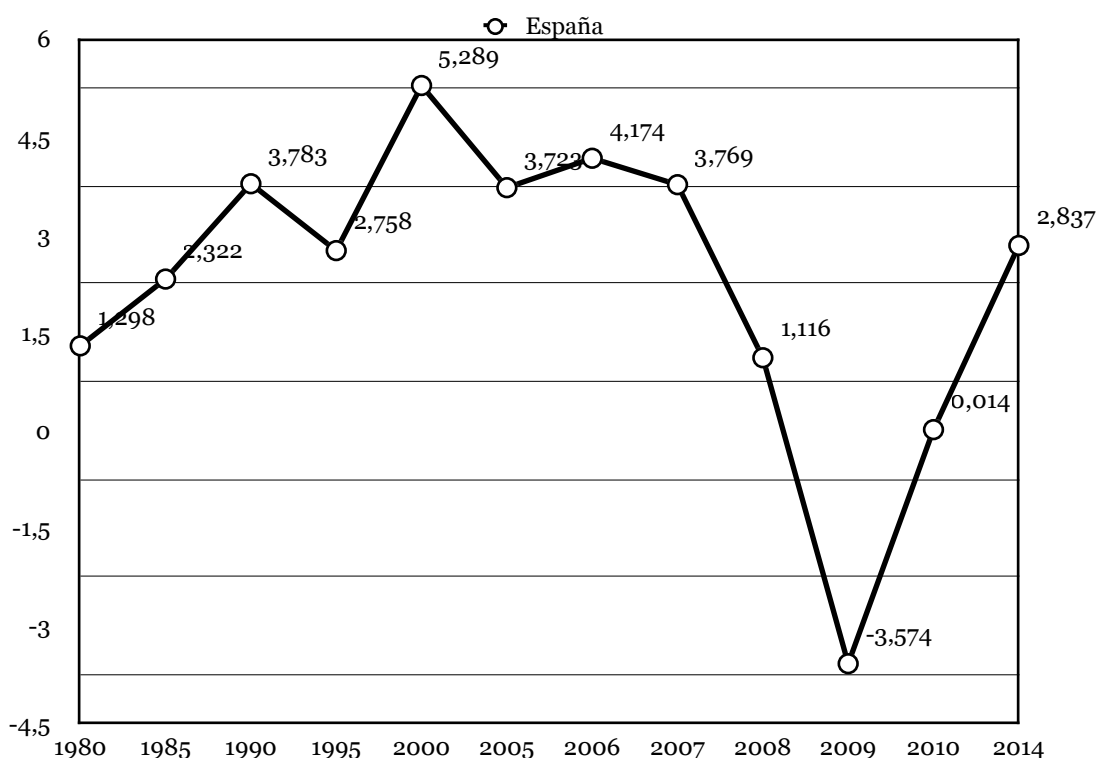
En situaciones de crisis económica se pone en entredicho si cabe recortar el gasto sanitario y en qué medida eso es posible jurídicamente y afecta al derecho a la salud. En España el gasto sanitario total llegó en 2009 a un 9,5% del PIB, siendo el público el 7% y el privado el 2,5%. En las últimas décadas el gasto público sanitario se ha venido incrementando en términos cualitativos y cuantitativos. Entre 2000 y 2009 el gasto creció un 5,6% de media en promedio.

El gasto en España es similar al de los países de la OCDE, aunque algo inferior. En 2010, en el contexto de la crisis, España dedicó el 25,7% del PIB a gasto social, por debajo del 29,4% de media en la UE.

El 42,4% del gasto social se destina a pensiones (frente al 45% en la UE), el 35,7% a sanidad (frente al 37,4%), el 6% a familia (frente al 8%), y el 1,8% a vivienda y exclusión social (frente al 3,6%).

Pero las necesidades sociales van en proporción inversa al crecimiento de la economía. De esta manera, la crisis económica que actualmente vivimos pone de manifiesto la pérdida de calidad de vida de la sociedad española. En el gráfico IV.63 se refleja la evolución de la tasa de crecimiento del PIB per cápita. El año 2009 tiene una tasa negativa de 3,574%.

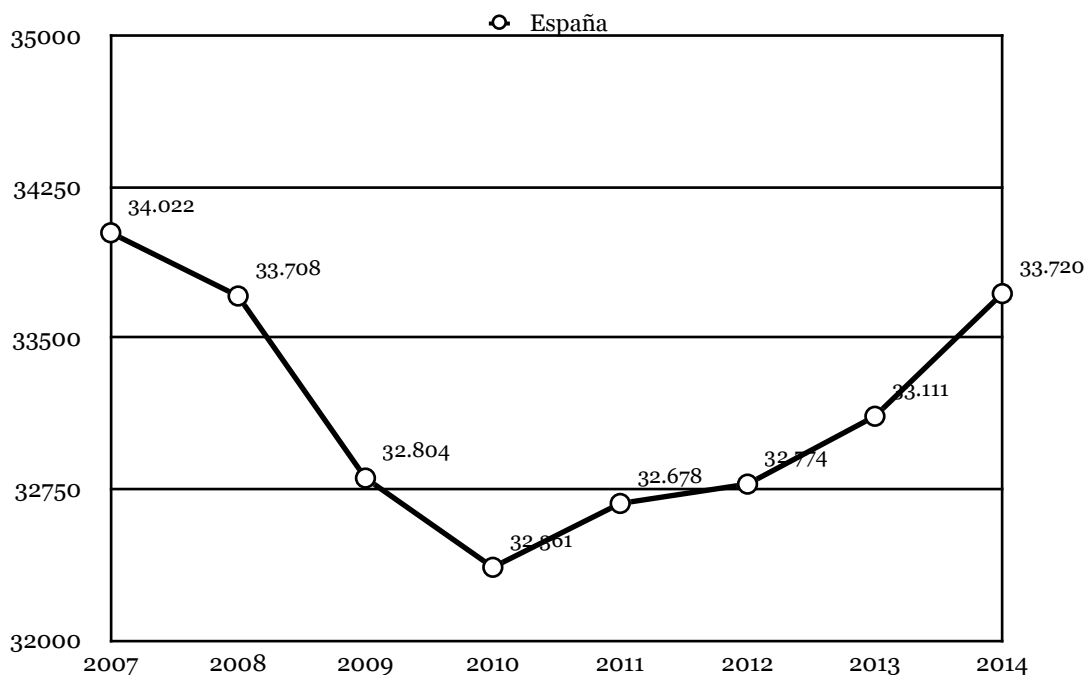
Gráfica IV.63. Evolución de la tasa de crecimiento real del PIB per cápita (\$)



Fuente: OCDE

La evolución del PIB per cápita (gráfico IV.64) experimenta una caída en el mismo sentido que el PIB, alcanzando mínimo en 2010 (32.361 euros) y contabilizando una caída entre 2007 y 2014 de 302 euros.

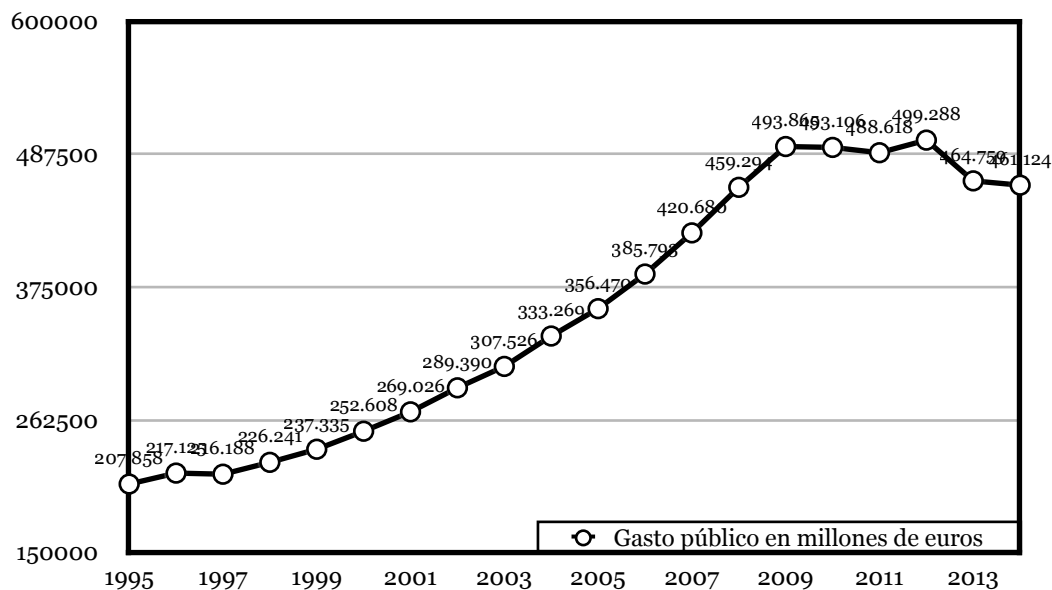
Gráfico IV.64. Evolución del PIB per cápita (\$)



Fuente: OCDE

Cuando el crecimiento económico cae, los ingresos públicos disminuyen. La manera de afrontar el déficit que han tenido los gobiernos es mediante la contención del gasto público. En el gráfico IV.65 se muestra la evolución del mismo.

Gráfico IV.65. Evolución del gasto público

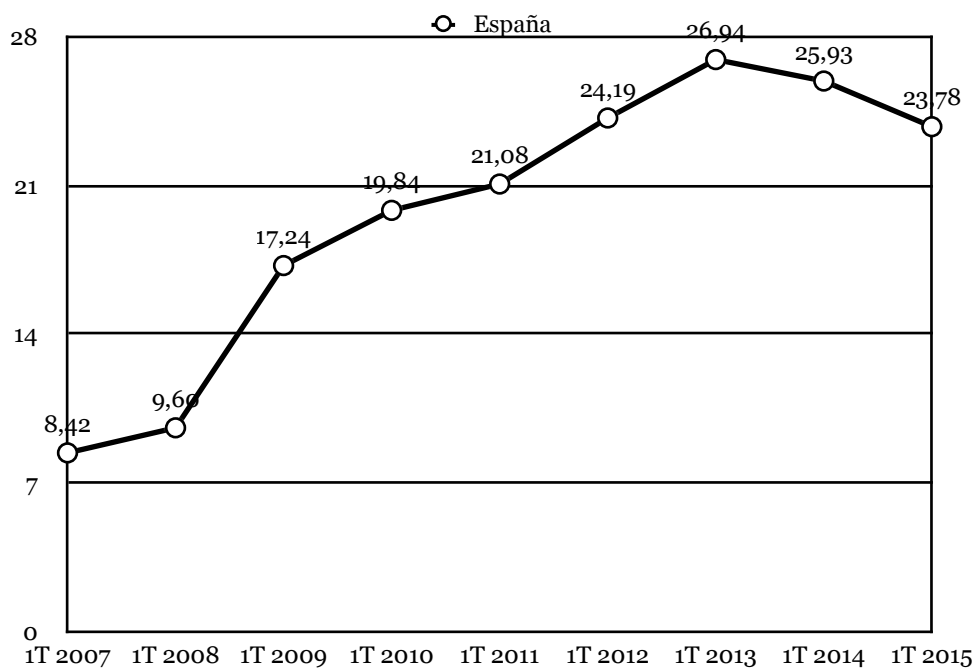


Fuente: SEPES

La llamada austeridad económica se traduce en un estancamiento inicial del gasto público y una reducción posterior.

Las consecuencias de la crisis económica en materia de empleo se pueden apreciar en el gráfico IV.66:

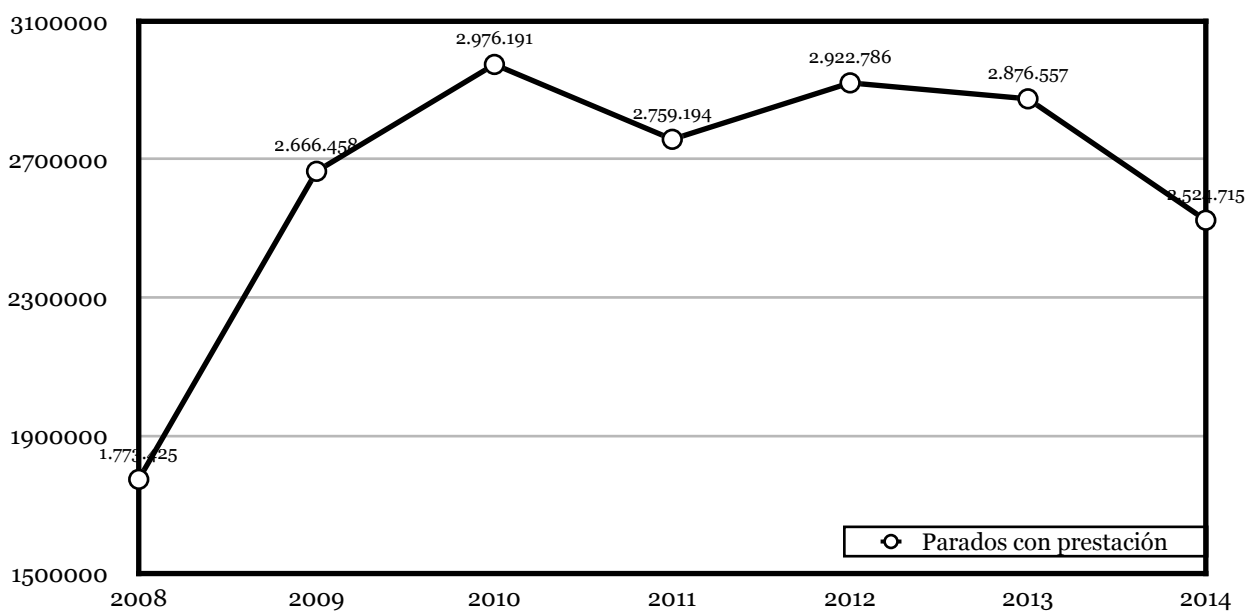
Gráfico IV.66. Evolución de la tasa de paro



Fuente: EPA

Un incremento del número de personas desempleadas que se traduce en una mayor necesidad de recursos económicos para la prestación (gráfico IV.67):

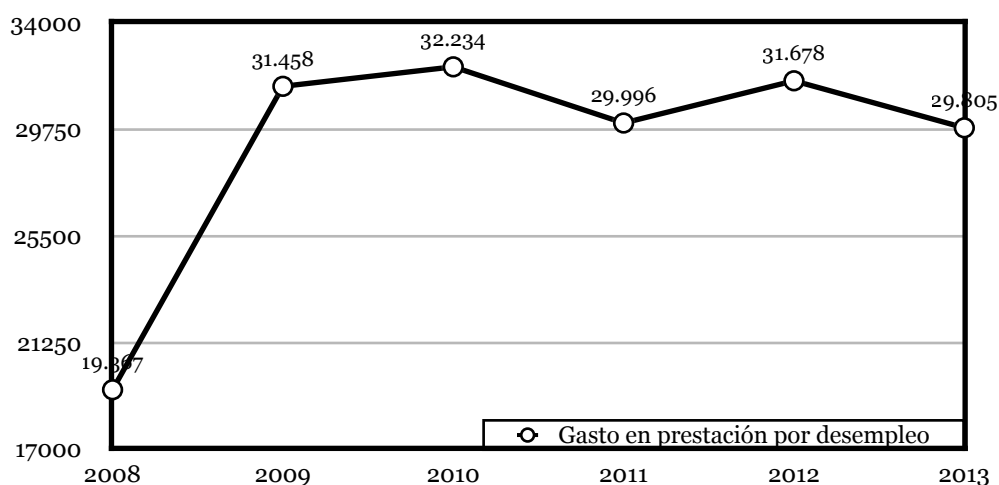
Gráfico IV.67. Evolución del número de desempleados con prestación



Fuente: SEPES

La evolución del gasto en prestación se muestra en el gráfico IV.68:

Gráfico IV.68. Gasto en prestación por desempleo



Fuente: EPA

Como se observa, el gasto en prestación disminuye en 2013 a pesar de que la tasa de desempleo sigue teniendo valores muy elevados, por ejemplo mayores que en 2011. La explicación está en la pérdida de cobertura de muchos trabajadores desempleados. (Tabla IV.21)

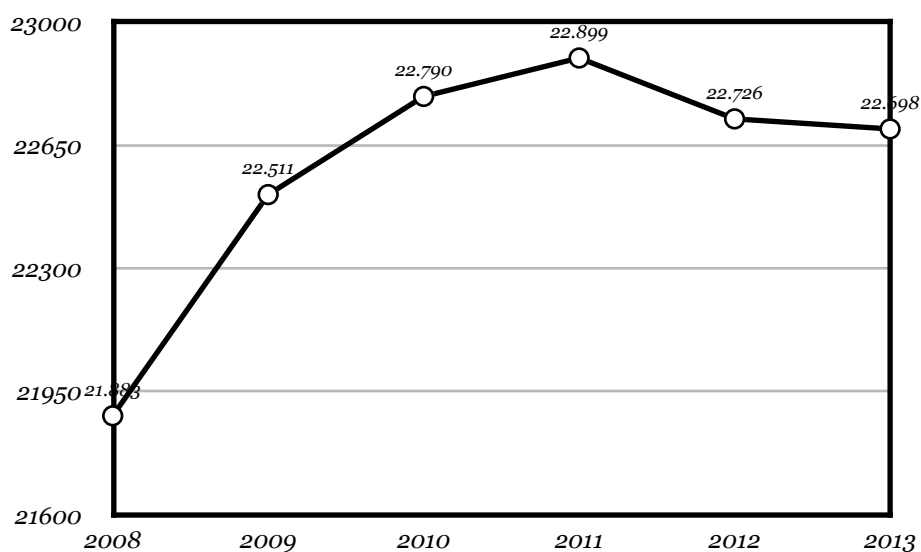
Tabla IV.21. Desempleados con prestación y tasa de cobertura sobre total

Año	Número de parados con prestación	Tasa de cobertura
2008	1773425	66,9%
2009	2666458	77,2%
2010	2976191	79,3%
2011	2759194	71,4%
2012	2922786	67,2%
2013	2876557	64,6%
2014	2524715	60,6%

Fuente: SEPES

El incremento del desempleo, la reducción de la cobertura de prestación por desempleo sumado a la reducción media salarial (gráfico IV.69), provoca un aumento de la desigualdad en nuestro país. En la tabla IV.22 se muestra un aumento del índice Gini desde el 32,20% en 2009 hasta el 34,60% en 2013. También se muestra el aumento del porcentaje de trabajadores con ganancia baja.

Gráfico IV.69. Ganancia media anual por trabajador



○ Fuente: INE

Tabla IV.22. Índices de desigualdad

2008	2009	2010	2011	2012	2013
Índice Gini	32,20%	32,80%	33,30%	34%	34,60%
Trabajadores con ganancia baja	17,60%	18%	18,90%	17,24%	17,85%

Fuente: INE

En 2012, en España el 25% de la población activa estaba en paro, las personas bajo el umbral de pobreza se cifraba en 10, 5 millones (21, 8% en 2010), un 9, 1% de hogares con todas las personas en paro, un número de ejecuciones hipotecarias cercana a las 100.000 en 2010, el incremento del número de personas con rentas mínimas y el aumento del número de parados de larga duración son datos que ponen de relieve la *importancia del debate en torno a la reversibilidad o regresión de los derechos, es decir, en torno a si cabe ir hacia atrás, bien sea mediante decisiones normativas, bien por políticas públicas regresivas* (Ponce Sole 2013).

En definitiva, existe una relación entre el coste de la salud y su sostenibilidad, (Vida Fernández 2011), como también sucede con otros pilares del Estado de bienestar como son la educación pública, la seguridad social o el sistema de dependencia que se tensiona y brota con más fuerza cuando se producen coyunturas económicas de recesión o de crisis.

Esta relación se ha hecho evidente como consecuencia de la reforma del art. 135 de la Constitución española, mediante la *Ley orgánica 2/2012, de 12 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera*, que ha incluido los *principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera*.

Junto a las limitaciones del *endeudamiento* se produce el *incremento del gasto sanitario* como consecuencia del envejecimiento de la población, la intensificación de la demanda, el

mayor coste de los servicios prestados debido al progreso tecnológico y la universalización de las prestaciones. Ante esta tesitura se van a producir medidas de racionalización (reformas) pero también la reducción pura y simple de las prestaciones, que es lo que cabe denominar recortes, como indica (Vida Fernández 2011: 12).

En España, el Sistema Nacional de Salud ha sido objeto de transformaciones como consecuencia de la crisis económica. Destaca el *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. El objeto de esta norma es reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia, promover las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

En los últimos años como consecuencia de crisis para algunos o la crisis como escudo para otros, se ha iniciado una serie de medidas en la sanidad española que están encontrando respuesta social y también en la jurisdicción ordinaria.

Por ejemplo, el gobierno de Castilla la Mancha a través de la orden de 20 de noviembre de 2012 promulga un *Plan de reorganización y reducción de los recursos sanitarios disponibles para atender a la población*. Una de las consecuencias era el cierre de varios servicios de urgencia nocturnos en diversas localidades. El ayuntamiento de Tembleque recurrió la orden a los tribunales. El Auto de 29 de enero de 2013 de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha estima parcialmente las pretensiones de tutela judicial inmediata y suspende cautelarmente la orden que suponía el cierre de atención nocturna de su centro de salud. Posteriormente se extendió la medida cautelar a otros Ayuntamientos de la región que así la habían solicitado y, finalmente, la Administración decidió derogar el mencionado plan a través de la Orden de 25 de marzo de 2013.

Otro ejemplo más conocido lo constituye el *intento de privatización de seis hospitales públicos en la Comunidad de Madrid*, frenado por la acción judicial, en cuyo análisis no vamos a entrar ahora. Baste destacar que el 11 de septiembre de 2013, la Sección tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJM dicta un Auto decretando la paralización cautelar del proceso:

“...considera que la modificación del sistema de gestión de la atención sanitaria especializada de seis hospitales es de unas dimensiones tan extraordinarias (en cuanto a la población afectada, municipios afectados, personal afectado, transacciones a realizar, subrogación de contratos de servicios y suministros por las concesionarias y posible utilización por éstas de distintos criterios de gestión que los existentes y de toma de decisiones) que harían muy difícil, sino imposible, en caso de que no se accediera a la medida cautelar de suspensión y se estimara el recurso volver a la situación anterior...”

Posteriormente se presenta un recurso contencioso administrativo por la organización sindical CCOO que es desestimado por la Sección octava de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJM.

Finalmente, un Auto de 2 de septiembre de 2013 del Juzgado de lo Contencioso administrativo nº 4 de Madrid, que resuelve favorablemente la solicitud de paralización cautelar del proceso de externalización:

“Al margen de posicionamientos ideológicos que, desde luego, no corresponde plasmar en una resolución judicial y sin permitir que aquéllos puedan incidir en el pronunciamiento

final que aquí se adopte, habrá que admitir, objetivamente, que si todo proceso privatizador de servicios públicos -no de bienes o empresas públicas- lleva implícito una considerable dosis de irreversibilidad, ésta se incrementa notablemente en supuestos como éste, en los que, por la propia magnitud del servicio, se precisa introducir por los agentes privados, en sus legítimas aspiraciones empresariales, importantes modificaciones y cambios estructurales durante la vigencia de la concesión (diez años, en este caso), que hacen muy difícil, cuando no imposible, la reversión al sistema público anterior.”

En el fundamento IV del Auto: *“Al margen de que esta cuestión resulta una incógnita en el momento actual (existen datos sobre países en los que la gestión privada de su sistema sanitario no ha supuesto un ahorro por, entre otros factores, la interposición más operadores) y al margen, también, de que no se entienda bien cómo los responsables de la Administración, encargados de la gestión pública de este servicio esencial, asuman sin más su incompetencia para gestionarlo con mayor eficiencia, lo cierto es que, en un supuesto tan particular como éste, asiste la duda al plantearse si el interés general se concreta en ese ahorro de costes que proclama la Administración o si, por el contrario, el interés general demanda el mantenimiento del sistema que ahora se pretende cambiar.”*

Visto desde una perspectiva general, la regresividad de los derechos en situaciones de crisis es una preocupación en la Comunidad Internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en referencia a la obligatoriedad de no regresividad en las reformas legislativas de los diferentes países, estima que la no regresividad es un principio que obliga a los Estados a legislar avanzando progresivamente en la materialización de derechos humanos o, en todo caso, no legislar retrocediendo su avance. En la práctica, se presenta el problema, no menor, de abordar la regresividad desde la perspectiva jurídica. En el derecho comparado los parámetros más usados para medir la razonabilidad de una medida son algunos como la legitimidad de la medida, la idoneidad, la necesidad y la proporcionalidad.

Las restricciones a los derechos humanos en este tipo de crisis ha sido objeto de análisis por la doctrina iusinternacionalista (Bonet y Saura 2013). Entre otras cosas porque los Tratados de derechos humanos contienen cláusulas derogatorias, restrictivas o limitativas que autorizan a los Estados a que, en situaciones excepcionales, puedan derogar, limitar o suspender los derechos humanos reconocidos, dentro de un margen. Ahora bien, las crisis de naturaleza económica no encajan bien dentro de las situaciones de emergencia excepcional previstas en los Tratados de Derechos Humanos.

En todo caso, en tiempos de crisis económica, en relación con los derechos sociales hay que tener en cuenta, con (Saura 2013: 53 ss), la vulnerabilidad de estos derechos en situaciones de crisis, por su carácter prestacional. Por ello el CESCR, en su Observación General núm. 3 indicó que *“todas las medidas de carácter deliberadamente retroactivo requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga”*.

Y en relación con el derecho a la salud ha indicado el Comité, en su Observación General núm. 14, del año 2000, que *“existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos*

máximos disponibles del Estado parte”.

En la práctica no siempre se aplican en los diferentes ordenamientos jurídicos los principios de no regresividad, mucho menos el de progresividad, que son promulgados desde diversas instancias internacionales.

En realidad la casuística es diversa y los tribunales han ejercido las garantías de los derechos sociales cuando han resultado afectados otros derechos, como derechos relativos al proceso en la defensa de un derecho social, cuando quiebra el principio de igualdad, por ejemplo con la exclusión de un grupo social de la prestación sanitaria, cuando la vulneración del derecho a la salud supone o puede suponer la vulneración del derecho a la vida, o sencillamente su vulneración supone la vulneración de otros derechos enjuiciables como el derecho de los consumidores, por ejemplo.

Desde el punto de vista del Derecho español cabe indicar que también hay líneas rojas constitucionales a los recortes y la sostenibilidad social (Ponce Sole 2013). En esta línea si bien se ha rechazado la irreversibilidad absoluta de los derechos, tampoco se acepta la reversibilidad absoluta e incondicionada, lo que deriva de la configuración de un Estado como social de derecho.

El Tribunal Constitucional no ha entrado a fondo en el debate sobre la irreversibilidad, pero ha indicado que *“no se puede privar al trabajador sin razón suficiente para ello de las conquistas sociales ya conseguidas”* (STC 81/1982,FJ3); del mismo modo en STC 37/1994, de 10 de febrero en cuanto al derecho de los ciudadanos en seguridad social consideró que el régimen público, consagrado en forma de garantía institucional, es un *“núcleo o reducto indisponible por el legislador”*, una *“indisponible limitación”* de tal suerte que ha de ser preservado en *“términos reconocibles para la imagen que de la misma tiene la conciencia social en cada tiempo y lugar”* (FJ3).

La doctrina española (Ponce Sole 2013:31 ss) está poniendo de relieve algunas consideraciones a la hora de establecer los límites a la restricción del núcleo duro de los derechos sociales. De un lado se ha puesto de relieve la falsedad de que los derechos sociales, al menos algunos de ellos, no sean exigibles jurídicamente, entre los que cabe incluir el derecho a la salud.

Tampoco es asumible la consideración de los derechos como meramente programáticos pues *“enuncian proposiciones vinculantes en términos que se desprenden inequívocamente de los arts. 9 y 53 CE”* (STC 14/1992, de 10 de febrero, FJ 11).

En cuanto a la consideración como derecho subjetivo del derecho a la salud, se debe distinguir entre obligaciones de medios y de resultados, siendo el titular del derecho acreedor a las primeras, no a las segundas.

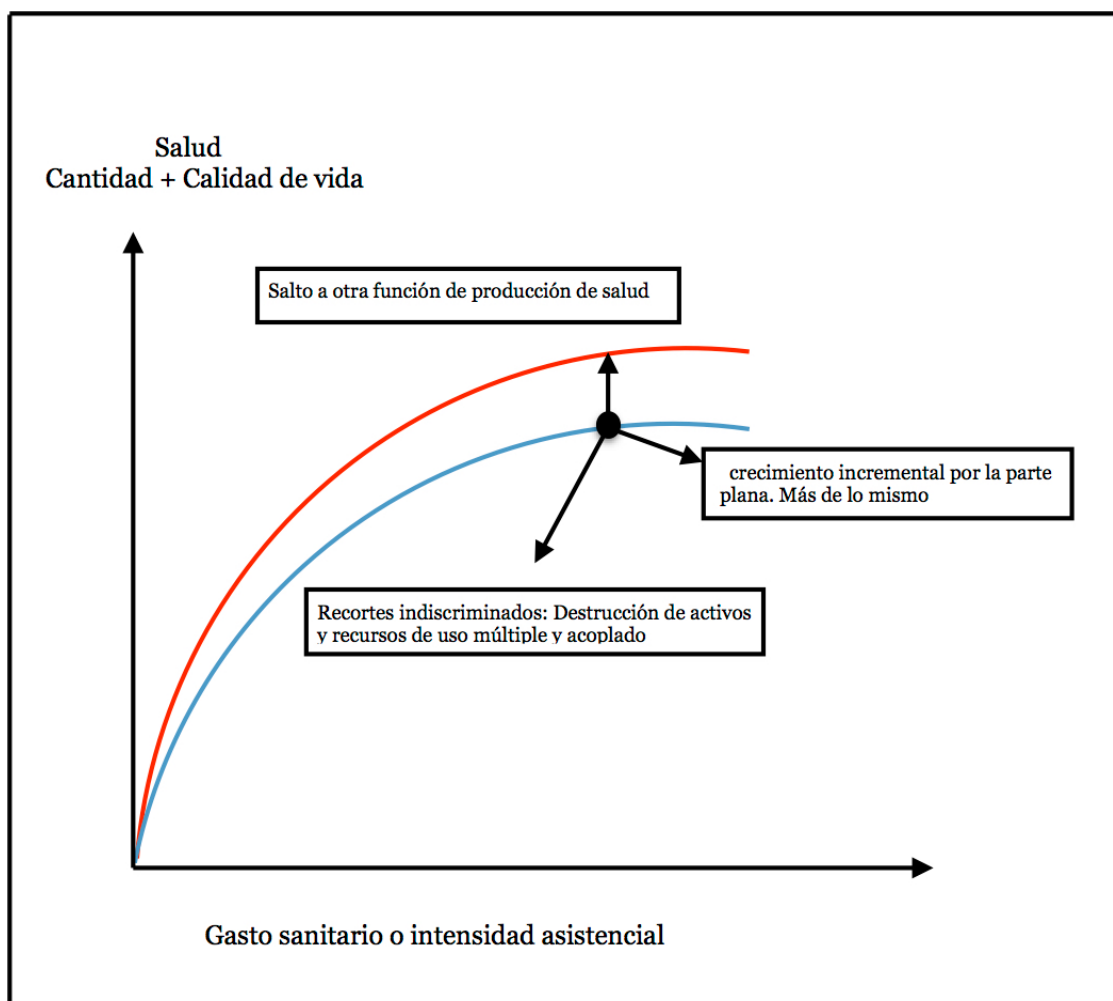
La Constitución española, indica Ponce, contempla derechos sociales que son auténticos derechos subjetivos, que generan obligaciones de medios, no de resultados, y que no se distinguen tanto de otros derechos civiles y políticos.

Para Ponce las medidas regresivas que supongan la revocación de prestaciones sociales vinculadas a servicios públicos que hagan efectivos derechos sociales, pueden toparse con líneas rojas constitucionales en el sentido de que el legislador no puede suprimir servicios públicos constitucionalmente garantizados.

4.4.4. ¿Es posible mejorar efectividad, salud poblacional y eficiencia?

En el gráfico IV.70 abordamos de manera intuitiva la idea de cómo superar el aparente estancamiento.

Gráfico IV.70. Estrategias de mejora de la relación entre costes y efectividad de los servicios sanitarios



Fuente: Elaboración propia

Comentamos la misma en los siguientes puntos:

- Si aumentamos el gasto sanitario haciendo más de lo mismo, el resultado será insignificante, y previsiblemente cada vez menor (crecimiento incremental).
- Por eso desde hace años se ha planteado como reto “saltar a otra curva”, promover cambios hacia nuevas funciones de producción de salud que nos permitan obtener nuevos tramos de crecimiento significativo de la salud; en este sentido hay numerosas propuestas, desde el trabajo clínico basado en la evidencia, la

reorientación a pacientes crónicos, el nuevo enfoque a los problemas psíquicos y psicosomáticos, el empoderamiento y activación del paciente, y las políticas vigorosas e inteligentes de prevención, promoción y protección de la salud.

c) Podría pensarse que al estar en la parte plana se podría “ahorrar” en estos tiempos de crisis andando el camino inverso por el cual hemos crecido en la pasada década; lamentablemente esto resulta técnicamente impracticable, pues los activos que se han puesto en marcha (estructuras + organización + funcionamiento) no pueden revertirse (imaginemos un nuevo centro abierto, una tecnología instalada, unos especialistas formados e incorporados...). Lo que sí puede ocurrir es que la necesidad de ahorros rápidos lleve a recortes lineales actuando sobre recursos que por su naturaleza no son fijos o su continuidad no está fijada en compromisos de estabilidad: inversiones nuevas, gastos de personal, contratos eventuales e interinos... esta discontinuidad de recursos puede tener impactos relevantes, porque al ser inespecíficas bloquean la funcionalidad de los servicios: hay que entender que los servicios sanitarios son altamente inter-dependientes, y que el fallo o debilitamiento de un elemento no siempre puede ser compensado por otros (es la llamada especificidad de activos).

La búsqueda de cambios en la curva de relación entre recursos y salud es lo que se ha dado en llamar Triple Meta (*triple aim*), que es un movimiento internacional de reflexión nucleado en torno al Institute for Health Improvement. En una reciente publicación se definía este concepto:

“El término Triple Meta, acuñado en 2008 por Don Berwick, Tom Nolan y John Whittington, hace referencia a los siguientes tres objetivos...”

- 1) *Mejorar la experiencia de los pacientes (mejores cuidados).*
- 2) *Mejorar la salud de la población (mejor salud).*
- 3) *Reducir el coste per cápita de la asistencia sanitaria (menores costes).*”(Mas y Wisbaum 2014:3)

Por tanto, la búsqueda de equilibrios internamente sostenibles en los sistemas sanitarios, exige actuaciones inteligentes y selectivas para aplicar la financiación y los recursos a aquellas estrategias y procesos que añadan valor y permitan mejorar la efectividad de las intervenciones.

En definitiva, la sostenibilidad de un sistema de calidad tiene dos ángulos: La sostenibilidad interna que necesita de la mejora de la gobernanza y de un sistema sanitario que sin abandonar parámetros de equidad, se encamine hacia la mejora de la eficiencia.

En este sentido, Sapir (2006), propone una clasificación de los sistemas sociales según eficiencia y equidad. (Tabla IV.22):

Tabla IV.22. Sistemas sociales según gradiente de equidad y eficiencia

Equidad\Eficiencia	Baja	Alta
Alta	Continetales	Nórdicos
Baja	Mediterráneos	Anglosajones

Fuente: Sapir (2006)

Establece cuatro tipologías de países, los países cuyos sistemas sociales son evaluados según su nivel de eficiencia y de equidad.

Para Sapir, los países mediterráneos y los países nórdicos están en los extremos, los sistemas mediterráneos son de baja equidad y eficiencia, los sistemas nórdicos de alta equidad y eficiencia. Los sistemas anglosajones son de una elevada eficiencia, pero baja equidad y los sistemas continentales de elevada equidad, pero baja eficiencia.

El modelo mediterráneo se caracteriza por un elevado gasto público como porcentaje del PIB (81%), el más alto junto con el modelo continental (73%). El modelo anglosajón (36% del PIB) y el nórdico (49% del PIB), son significativamente inferiores.

En resumen, para Sapir, los sistemas eficientes aseguran sostenibilidad, aunque el modelo anglosajón proyecta problemas de equidad. Los modelos mediterráneo y continental ponen en riesgo la sostenibilidad.

IV.5. Las necesidades de salud y el derecho a la protección de la salud

Hemos visto que la salud tiene múltiples dimensiones que apelan al intervencionismo del Estado.

Por una parte una serie de problemas de salud generan fuertes externalidades. Así en el mundo antiguo las regulaciones de segregación de leprosos, en la Edad Media las cuarentenas e inmovilización de mercancías para evitar la propagación de la peste, o en el mundo moderno las acciones de higiene, política sanitaria y salud pública, muestran que las enfermedades transmisibles o infecto-contagiosas configuran un ámbito de intervención claro, potente e incuestionable.

Pero además, en los valores dominantes en la mayoría de las culturas humanas, existe un fuerte sentimiento de solidaridad con los que sufren enfermedades; algunos le han llamado "externalidad caritativa o altruista", que se expresaría como la imposibilidad de disfrutar plenamente de la vida si otra persona cerca de nosotros está padeciendo un problema de salud; sus des-utilidades se contagian también, más cuanto más próxima sea la persona.

De ahí que desde la Alta Edad Media las instituciones caritativas se hacen cargo de atender a los más pobres y más enfermos, cuando menos para acogerles y aliviar su dolor y padecimientos.

Con la expansión de la medicina moderna se produce un aumento exponencial de la efectividad de las intervenciones sanitarias; es decir, la posibilidad de alterar el curso natural de la enfermedad en beneficio del paciente. Esto no quiere decir que la medicina antigua no fuera valiosa, pues según el aforismo del siglo XIX de los franceses Berard y Gubler el papel de la medicina era "curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre".

Y esta expansión de la efectividad clínica alimentó la expectativa social de cobertura universal, amplia y gratuita, que llevó a la creación de los sistemas sanitarios públicos; y que también condujo a inscribir el derecho a la protección de la salud en los códigos y normas de mayor nivel que recogían derechos humanos y de ciudadanía. Sonis (2000)

hacia una interesante mención a la famosa frase de White: *"un maestro de la salud pública, Kerr White, escribió hace unos años que los cambios sociales se producen cuando una situación determinada se torna intolerable para una sociedad, y que las sucesivas definiciones de la intolerancia social a lo largo del tiempo constituían prácticamente la historia de la salud pública"*.⁵²

El término de "necesidades" (sociales, de salud, etc.) se va configurando como la guía de la acción colectiva para atender problemas de los individuos y las comunidades. En 1972, Johnatan Bradshaw adelantó la taxonomía más conocida de las necesidades (Bradshaw, 1972), donde diferenciaba (traducción y adaptación propia):

La necesidad normativa (normative need), que es la que el experto o profesional, administrador o científico social define como necesidad en cualquier situación dada. Un estándar o norma "deseable" se establece y se compara con la situación real: si un individuo o grupo se queda por debajo la norma deseable, queda establecido el estado de necesidad.

La necesidad sentida (felt need), que equivale con aspiración y deseo de ayuda para resolver un problema, pero que está limitada por la propia percepción del individuo y su conocimiento de servicios convenientes y disponibles para dar respuesta a dicha necesidad sentida.

La necesidad expresada (expressed need), que es una necesidad sentida que conduce a una acción de búsqueda activa de un servicio, y que correspondería al concepto habitual de "demanda". No toda la demanda sentida se expresa; y no toda la atención demandada se concreta en servicios (las listas de espera serían una forma de identificar la necesidad expresada no cubierta).

La necesidad comparada (comparative need), que es otra forma de aproximarnos a un criterio objetivo a través de la observación de lo que ocurre en la realidad (más que a través de un criterio técnico o científico como en el caso de la necesidad normativa); en palabras de Bradshaw: *"Estudiamos las características de una población que recibe un servicio. Si hay otras personas que tienen las mismas características y no la reciben, entonces tienen necesidad. Esta definición se ha usado para evaluar necesidades tanto de individuos como de áreas"*.

En la sanidad el criterio de necesidad normativa va siendo cada vez más importante para definir en qué medida la sociedad debe orientar y priorizar sus acciones para promover, proteger y restaurar la salud; el argumento implícito es que sólo la efectividad justifica el empleo de recursos públicos; sensu contrario, lo que no puede demostrar que cambia el curso natural de las enfermedades no debe pagarse con el dinero de todos, por más valorado que pueda ser por grupos sociales (por ejemplo tener alta tecnología en un hospital comarcal) o por los individuos (por ejemplo el efecto placebo).

Para conseguir financiar el creciente coste de la sanidad moderna, la gran mayoría de la población junta sus riesgos y el Estado o la Seguridad Social configura un "tercero pagador" que se hace cargo del coste de los servicios de aquellos asegurados o ciudadanos que tienen la mala fortuna de caer enfermos. Pero esto tiene el efecto de separar el que

⁵² Abraam Sonis. Discurso ganador del Premio Abraham Horwitz 2000 para la Salud Interamericana. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(5), 2000. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n5/3636.pdf>

paga del que demanda servicios; y como existe una enorme asimetría de información entre el paciente y el médico, éste acaba actuando como agente del paciente, y determina la demanda concreta de servicios e intervenciones (y en muchas ocasiones indica y presta a su vez los servicios prescritos): los roles quedan disociados creando un complejo sistema de intereses desalineados: el que paga (trabajador o contribuyente) no decide; el consumidor (paciente) no hace frente al coste del servicio; y el que decide (médico) ni paga ni consume.

Esta falta de alineamiento de los agentes lleva a la bien conocida alianza contra el tercero pagador: el paciente apoya que toda la necesidad sentida se exprese, y toda la que se exprese sea atendida; el médico obtiene beneficios (cuando factura por acto), o ventajas (crecimiento de tecnología y plantilla), cuando convierte toda la necesidad expresada en atendida (e incluso induce patrones más intensivos de utilización); y el asegurador o tercero pagador (Estado o Seguridad Social) tienen grandes dificultades para controlar el aumento del volumen de intensidad diagnóstica, terapéutica y de cuidados, ya que este incremento es el resultado de millones de micro-decisiones imposibles de controlar singularizadamente; la respuesta con techos presupuestarios y recortes lineales o inespecíficos es bien conocida en tiempos de crisis.

Este efecto inflacionario proyecta una expansión del criterio de necesidad en direcciones diversas y todas ellas inflacionarias:

a) Lo caro: Incorporando intervenciones y medicamentos enormemente costosos y de escasa e incluso dudosa efectividad: aquí los conflictos de interés de los profesionales y la acción del complejo industrial tecnológico y farmacéutico es muy relevante.

b) Lo leve: a través de la medicalización del malestar y la creación de enfermedades sobre la base de trastornos y problemas de la vida cotidiana. Ha recibido el nombre de creación o promoción de enfermedades (disease mongering, en inglés) y señala la acción de industria y profesionales asociados para llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos, aparatos, suplementos nutricionales o productos sanitarios, mediante campañas publicitarias, visitadores médicos, y estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia.

c) Lo frágil: la obstinación terapéutica, la fragmentación en especialidades, y la miopía de la práctica clínica segmentada, lleva a un intervencionismo inútil, inapropiado, inclemente e insensato; que además tiene un altísimo coste, y no añade calidad de vida para el paciente grave, pluripatológico, frágil o terminal.

d) Lo sofisticado: la fascinación por la alta tecnología (por ejemplo las pruebas de imagen, o la cirugía robótica), por lo complejo y glamuroso, o por lo más innovador, lleva a estilos de práctica clínica muy caros y poco efectivos en su conjunto. Además, a partir de un punto, la información diagnóstica no aporta valor para la decisión clínica (aunque la reducción de la incertidumbre pueda gratificar a los médicos); e incluso, alguna información diagnóstica (marcadores tumorales de alta sensibilidad y baja especificidad) puede llevar a un intervencionismo exagerado e inapropiado.

e) Lo complejo: la medicina moderna tiene una gran dificultad para coordinar procesos e integrar su actuación ante los pacientes; las casi 50 especialidades, a su vez subdivididas informalmente en incontables subespecialidades y técnicas conllevan un coste disparatado de coordinación; la desconexión contumaz con la atención primaria y los servicios sociales, y el creciente perfil de cronicidad, comorbilidad y fragilidad de los pacientes, convierten a la coordinación e integración

en el principal reto de calidad y efectividad del futuro; y también en el principal yacimiento de contención de costes sin afectar a la calidad (o mejorándola en algunos casos).

f) Lo estérilmente preventivo: la prevención primaria (reducción de factores de riesgo que minoran la incidencia de una enfermedad) suele ser una excelente estrategia; la prevención secundaria (diagnóstico precoz o en fases pre-sintomática) puede ser una buena estrategia a veces; pero en ambos casos debe actuarse con rigor y cautela para que los beneficios realmente obtenidos compensen a los riesgos (tratamiento de falsos positivos, efectos secundarios de tratamientos preventivos), los costes (de nutrición, tratamientos y controles), y el daño psicológico y moral (de ser etiquetados como enfermos de forma equívoca y/o precoz) . La gran industria que crece en torno a los factores de riesgo, a los hábitos de vida presuntamente preventivos, a los consumos saludables, a los exámenes en salud, los chequeos, los cribados y las revisiones médicas, supone una enorme fuente de gasto sanitario inútil, perjudicial e insensato. Discriminar y ser selectivo en lo preventivo es esencial para aportar valor a la sostenibilidad interna, y evitar la erosión económica de los presupuestos familiares en salud.

Estos seis elementos son los que condicionan la sostenibilidad interna de los sistemas públicos de salud, y los que lastran el desarrollo de la propia medicina moderna. Pero también tiene el efecto de alterar el concepto de necesidad (en todas sus dimensiones).

Es por ello que cuando se recoge el derecho a la salud, y se intenta indagar sobre la jerarquía e importancia del mismo en el conjunto de normas constitucionales y legislativas, lo que emerge es la heterogeneidad del concepto salud y su difuminación por territorios de imposible comparabilidad. No es lo mismo una prótesis valvular cardíaca (sin la cual no se puede vivir), que una prótesis de cadera (sin la cual no se puede caminar), que una prótesis de mama (que ayuda a reconstruir la anatomía deformada por un cáncer), que una prótesis auditiva (que ayuda a oír mejor)... Hasta ahora hemos podido evitar las decisiones duras, típicas de los países en vías de desarrollo, que obligan a priorizar que entra o que no entra en la cobertura pública.

Pero a la hora de establecer un derecho reforzado a la salud, que permita elevar la protección constitucional, es inevitable plantearse si todo lo que vulgarmente se identifica como demanda sanitaria debe estar igualmente bajo el paraguas de esta protección legal reforzada, o habría que ensayar algún tipo de cualificación de las necesidades de salud, siquiera sea desde un abordaje principialista, que si bien no define carteras de servicios, prestaciones o tecnologías, crea unos anclajes que permiten establecer en cada caso un criterio de justicia ampliamente consensuado para articular de forma más armónica y efectiva la protección de la salud.

4.5.1.Principios para valorar necesidades de salud en un contexto de derecho a la protección de la salud reforzado

a) La Constitución Española (CE) y la protección jurídica de las necesidades en salud.

Como se ha expuesto en capítulos anteriores, la CE distingue dos ámbitos y niveles de protección de los derechos: el de mayor rango y aplicabilidad directa se ubica en el capítulo segundo, sección primera, siendo de particular aplicación del artículo 15: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena*

de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”.

En el mismo capítulo segundo se hace referencia al sostenimiento económico de los gastos públicos, dimensión que aunque no afecta el contenido subjetivo de derecho, sí lo hace a los medios y métodos para aportar recursos a los sistemas sociales, así como a los principios que han de inspirarlos, artículo 31:

- 1 Todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio.
- 2 El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.
- 3 Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley.

El ámbito de menor rango se establece como principio informador o rector de la actuación de los poderes públicos para su acción en la vida económica y social, y requiere que el poder legislativo articule explícitamente los contenidos de las políticas. Aquí figuran los dos artículos más específicos y citados sobre el derecho a la salud contenidos en el capítulo tercero “De los principios rectores de la política social y económica”:

Artículo 41: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Artículo 43: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.2.Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.3.Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

La redacción del artículo 41, cuando habla de garantizar la asistencia y prestaciones del régimen público de la Seguridad Social, ha contribuido a mantener la ambivalencia sobre si esta asistencia es la “sanitaria” o está definida en términos más amplios, ya que en España, el Sistema Nacional de Salud se ha generado por la progresiva ampliación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social hasta la práctica universalización. La actual financiación por impuestos generales no finalistas y su gestión autonómica han ido dejando cada vez más desajustada la redacción de ambos artículos. La opción de reformas constitucionales debería tener en cuenta la posibilidad de cambios tanto en la formalización de los derechos a la protección de la salud (tema que ahora comentaremos), como a la adaptación a los marcos institucionales del actual Sistema Nacional de Salud, resolviendo la confusión entre sanidad pública y Seguridad Social.

4.5.2. Tipologías de garantías constitucionales en función de la protección diferencial de las distintas necesidades de salud.

La garantía de derechos implica un reconocimiento legal, pero también supone articular los recursos, medios y organización que hagan posible su efectiva cobertura.

Esta cobertura tiene tres dimensiones: 1) por una parte la especificación de las prestaciones, servicios, procedimientos o procesos que configuran la oferta de la sanidad (“la póliza pública”), 2) la segunda dimensión es la extensión poblacional, donde pueden introducirse restricciones o exclusiones a individuos o grupos poblacionales, 3) la tercera dimensión es económica, y establece el grado de gratuidad para el paciente en el momento de la utilización de servicios.

La crisis económica ha abierto la puerta a una serie de medidas encaminadas a la contención del gasto sanitario que tienen incidencia en las tres dimensiones citadas de la cobertura.

Repullo (2014), establece varias etapas diferentes en los cambios establecidos por el gobierno central:

En la primera etapa, 2009-10, con el inicio de la crisis se plantean reformas no rupturistas de ahorro, en el RD 4/2010 se marca un cambio en la política farmacéutica en la que se carga el esfuerzo económico de reducción de costes sobre la industria farmacéutica. Se reduce el precio de genéricos, se prohíben bonificaciones y descuentos, reducción de precios al expirar la patente, etc.

En una segunda etapa, desde mayo 2010 a diciembre de 2011, las autoridades monetarias y económicas europeas introducen medidas más agresivas, como consecuencia de las ayudas financieras al sector bancario.

Se aprueba el RDL 8/2010, que significó la bajada del 5% de salario para los empleados públicos y la congelación nominal de las pensiones no mínimas entre otras medidas.

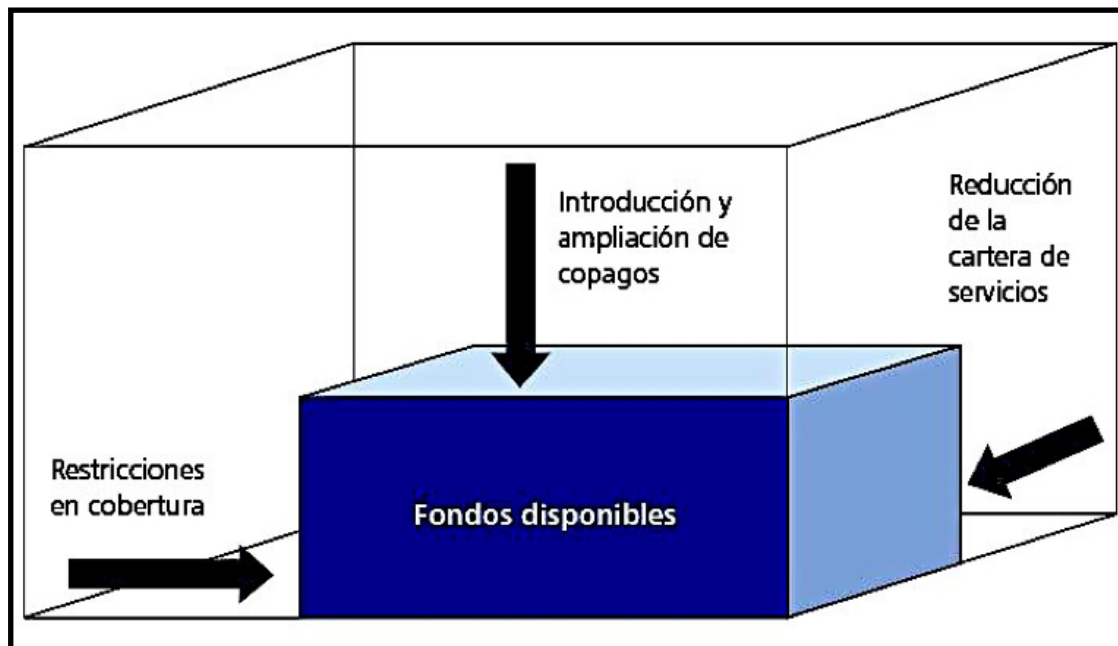
En diciembre se produjo cambio de gobierno y con él nuevas medidas. En sanidad, una reducción del gasto desde el 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015 que actúa en varios frentes: reduciendo el precio de los factores de producción y estableciendo techos de gasto para las comunidades autónomas.

Las medidas introducidas por el gobierno son: el RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el RDL 1192/2012, que reduce la cobertura de servicios del sistema a algunos colectivos, la resolución de 2 de agosto, por la que se excluyen 417 medicamentos de la financiación pública y la Ley 10/2013 referido al uso racional de medicamentos y el RDL 576/2013 por el que se establece un convenio especial de colaboración a personas que no tengan la condición de aseguradas mediante el pago de 60 o 157 euros para menores o mayores de 65 años.

Todo este conjunto de modificaciones, especialmente el Real Decreto Ley 16/2012 que, como hemos mencionado, introdujo modificaciones en la cobertura reduciendo la cartera prestacional (desfinanciación de medicamentos), limitó la cobertura poblacional de los inmigrantes no regularizados y la incorporación de copagos de medicamentos a los pensionistas.

En el gráfico IV.71 se muestran los tres ejes en un formato habitual de representación de los procesos de contracción de prestaciones que dicha norma introdujo.

Gráfico IV.71. Contracción de cobertura prestacional, poblacional y económica del Sistema Nacional de Salud tras el RDL 16/2012



Fuente: López i Casanovas y G. Pascual-Argenté, N.(2014:48)

La introducción de nuevos copagos, con el citado RD 16/2012, se realiza en varias líneas: fin de la gratuidad de medicamentos para pensionistas, que pasan a soportar el 10% del coste de los medicamentos con un límite mensual, incremento del porcentaje correspondiente a los activos, desde el 40% anterior hasta el 50 y el 60% en función del nivel de renta y la desfinanciación de más de 400 medicamentos.

Por su parte, los gobiernos autonómicos de Madrid y Cataluña implantaron el “euro por receta”, consistente en el pago de un euro por receta prescrita. Finalmente, el Tribunal Constitucional falló a favor del recurso presentado por el gobierno central y la oposición política en el Senado contra esta tasa de ambas comunidades.

Urbanos y Puig-Junoy (2014), tras estudiar los efectos de estas medidas, obtiene entre otras las siguientes conclusiones: Existe una gran sensibilidad al precio de las recetas, por eso debe conocerse con exactitud qué colectivos o grupos sociales son los más afectados por este tipo de medidas. En segundo lugar, los copagos lineales y obligatorios pueden tener consecuencias, el coste de no tomar medicinas efectivas puede ser demasiado alto.

Para Repullo (2014:65), llaman la atención de algunos aspectos de la introducción de la ampliación del copago en el RD 16/2012: “1) La incorporación del criterio “renta” del paciente para establecer los porcentajes de coseguro; 2) la no inclusión de techos de aportación más que para pensionistas; 3) la complejidad del manejo inherente a los techos mensuales de aportación; y 4) la inexistente relación entre utilidad terapéutica e intensidad de copago”.

En el momento de presentación de este trabajo el gobierno ha anunciado la eliminación de las restricciones a la reducción en la población con cobertura sanitaria, quizá por la proximidad de la campaña electoral.

No obstante, para Urbanos y Puig-Junoy (2014), el cambio en el modelo de aseguramiento, excluyendo a diversos colectivos, como la población inmigrante no regularizada, perjudica gravemente a un colectivo vulnerable.

Aunque las dificultades de acceso al sistema sanitaria no se limitan a este colectivo. La “Encuesta de Condiciones de Vida para España”, refleja un aumento del porcentaje de personas que declara no tener cubiertas las necesidades médicas entre 2008 y 2012, con más incidencia en los niveles más bajos de renta.

Repullo(2014) establece una categorización del racionamiento sanitario en relación a los efectos y a la percepción social (Tabla IV.23):

Tabla IV.23. Categorización del racionamiento sanitario

Por el lado de la oferta	Por el lado de la demanda
Impacto en el gasto sanitario real	Derechos a las prestaciones del SNS
Estrategias de reducción de precios unitarios de los factores de producción	Disponibilidad y accesibilidad económica a bienes y servicios
Concentración de servicios y reducción de accesibilidad geográfica	
Generación interna de recursos	

Fuente: Repullo (2014)

Entre las medidas de recorte sanitario se espera más impacto en el gasto real en aquellas que afectan al medicamento. En todo caso, la reducción del gasto sanitario en las comunidades autónomas, debido a las medidas del gobierno central, ha sido de 3053 millones de euros correspondientes a 2145 millones de remuneraciones, 1047 de transferencias sociales en especie a productores de mercado, 212 a consumos intermedios y 73 a otros empleos corrientes. (Repullo 2014:66).

Las políticas de reducción de los precios unitarios de los factores de producción tienen un menor impacto negativo en los servicios que las anteriores. La concentración de servicios puede generar problemas de accesibilidad y, por tanto, de equidad en el sistema. Por último, la generación interna de recursos es el método que más favorece la eficiencia asignatura.

En las medidas correspondientes al lado de la demanda, la exclusión de colectivos de la cobertura sanitaria genera problemas éticos y de impacto económico en el uso de las urgencias y en términos de salud pública.

Los copagos de algunos medicamentos es una transferencia de la carga al individuo y por tanto, una transferencia de renta de rentas bajas a rentas más altas.

La lógica en la regulación de prestaciones sanitarias exige una narrativa y una racionalidad de base. Se suele hablar de dos tipos de racionalidad: la substantiva o de contenidos y la formal o de medios. En este caso, la reflexión sobre principios substantivos nos llevaría a expresar categorías de protección para luego ser aplicadas a necesidades de salud de los ciudadanos; y la consideración a la racionalidad formal nos llevaría a formalizar criterios de cómo desarrollar la función protectora de la salud desde los poderes públicos (existe una ética de los medios, porque se ha demostrado sobradamente que éstos condicionan y alteran los fines).

4.5.3. Sobre los principios y criterios substantivos

Permiten cualificar las necesidades sanitarias para otorgarles una protección diferenciada, propondríamos al menos tres niveles en función del grado de protección:

a) Nivel 1. Protección reforzada.

Se aplica a necesidades sanitarias que apelan directamente el derecho a la vida, o conectan de forma directa con la integridad física y moral de la persona (Artículo 15).

b) Nivel 2. Protección tutelada.

Se aplica a necesidades sanitarias que expresan claramente contenidos de asistencia sanitaria de los artículos 41 y 43, y en los que la carga de la prueba para excluir o reducir la protección y cobertura debe establecerse por el legislador.

c) Nivel 3. Protección selectiva.

Se aplica a necesidades sanitarias que conectan con preferencias o demandas del ciudadano, y cuya conexión con los artículos 41 y 43 no es directa: el legislador asume la carga de la prueba para incluir las prestaciones y cobertura de estas necesidades dentro de la responsabilidad pública.

A efectos de evitar confusión, esta definición de principios y criterios contrasta claramente con la que desarrolló el precipitado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La “cartera” prestacional se establecía como un gradiente de cobertura financiera, sin anclajes en valores, principios ni derechos, sino tan sólo en la naturaleza material del servicio o bien financieramente protegido en la aportación del usuario, y sujeto a financiación pública con aval del Estado:

La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

Artículo 8 ter.2: “*La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.*”

a) Prestación farmacéutica.

b) Prestación ortoprotésica.

c) Prestación con productos dietéticos.”

Se incluye el *transporte sanitario no urgente* en el apartado 3.

En su artículo 8 quáter.1 queda dispuesto que: “*La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario*”.

Y en relación al control de las “carteras de servicio” autonómicas, se establece la siguiente categoría adicional (artículo 8 quinquies):

“Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.

2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

3. Las comunidades autónomas deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

(...)

7. Las comunidades autónomas asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado”.

a) Sobre los principios y criterios formales

Permiten informar de los instrumentos y medios necesarios para la efectiva aplicación de la protección constitucional al derecho a la salud, cabría establecer una referencia al artículo 31 de la CE, y otros concordantes en donde se formulan principios y requisitos relacionados con el buen gobierno y gestión de los servicios públicos.

No forma parte del núcleo de este trabajo, pero convendría insistir en el hecho de que estos principios de gobernanza virtuosa ni son ajenos a los contenidos de protección de la salud, ni son extraños al propio interés general como expresión de valores colectivos. Bien es cierto que las sentencias del Tribunal Constitucional ceden al legislador un margen muy amplio de iniciativa a la hora de concretar estos principios en los modelos de organización, gestión, prestación y servicio.

De hecho, en la sentencia del Tribunal Constitucional al recurso de inconstitucionalidad presentado por el Grupo Parlamentario Socialista del Senado contra los artículos 62 y 63 de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid, el argumento esencial para dirimir que la privatización de la provisión no chocaba con el marco Constitucional fue que, a consideración del Tribunal, no se altera el régimen público de aseguramiento sanitario y que la propia regulación que el poder legislativo había establecido en su día sobre las formas de gestión (la conocida Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud):

“(...) los recurrentes no han acreditado que contravenga esa garantía de igualdad en el acceso al servicio público de la sanidad; dicho de otro modo, no es posible alcanzar la conclusión de que el artículo impugnado contravenga la garantía de acceso a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud a las prestaciones sanitarias “en condiciones de igualdad efectiva” plasmada, como ya hemos tenido oportunidad de recordar, en el art. 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (...)”(STC de 30 abril de 2015 al recurso 1883/2013).

Para añadir a continuación:

“(...) Tampoco podemos hacer nuestra la denuncia de vulneración de la competencia exclusiva del Estado sobre legislación básica en materia de sanidad (art. 149.1.16 CE), máxime si tenemos en cuenta que, como ya hemos indicado, el legislador autonómico madrileño se ha movido dentro de los límites definidos por el propio legislador básico estatal en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. La opción por un sistema de gestión indirecta de los hospitales a los que es aplicable el art. 62 de la Ley 8/2012, no representa, por ello mismo, una auténtica novedad sino la utilización de una posibilidad que, más allá de su mayor o menor novedad, abrió el legislador básico estatal en la Ley de 25 de abril de 1997 (...)”.

Por ello, y sin profundizar en este ámbito, procede a señalar que si la experiencia práctica señala la inconveniencia de habilitar cualquier forma de gestión para el servicio público, sería congruente tanto la reforma de la Ley, como la clarificación de los principios constitucionales que pueden ser necesarios para consolidar la garantía del interés general en los servicios públicos.

Ambos cambios irían en el sentido del buen gobierno de la sanidad pública, incorporando mandatos claros a los legisladores autonómicos y gobiernos para orientar el marco de funcionamiento de instituciones, centros y servicios públicos, evitando la externalización de la responsabilidad de la atención sanitaria a la población, y favoreciendo principios de buen gobierno en las organizaciones profesionales (y así minimizar los “fallos del Estado”).

En el mismo sentido, cabría un mandato al legislador para establecer tutela efectiva de calidad y servicio en la sanidad privada, y favorecer el profesionalismo sanitario en instituciones con ánimo de lucro en defensa de los pacientes (en este caso para minimizar los fallos del Mercado).

Y como corolario de lo anterior, convendría un mandato adicional al legislador para aplicar principios de buen gobierno que reduzcan los conflictos de interés, y fomenten el profesionalismo, y la autonomía de decisión de los profesionales, en beneficio del paciente (para minimizar costes de interferencia e influencia en la interacción de intereses públicos y privados).

4.5.4. Tipificar y categorizar las necesidades sanitarias.

Seleccionemos ahora tres perspectivas para caracterizar y ordenar las necesidades sanitarias:

- a) Perjuicio individual; el efecto que tienen los problemas de salud en las personas y la capacidad de la intervención sanitaria para reducir dicho impacto.
- b) Perjuicio social; enfoca los problemas de salud desde la sociedad como sujeto que recibe el impacto de los problema de salud.

c) Perjuicio económico; recoge la dimensión económica en el impacto individual y social de los problemas de salud.

Sobre estas tres perspectivas vamos a ensayar un intento de tipificación y categorización. Aclaremos que la propuesta es a modo de ensayo porque se trata de un terreno muy innovador, donde lo relevante son los análisis éticos, los consensos sociales y la propia lógica taxonómica debe ser también objeto de los mismos escrutinios.

Contando con esta cautela, en los siguientes apartados realizamos una agrupación por bloques de las necesidades sanitarias para que se pueda categorizar. Proponemos para cada una de ellas algunos ejemplos, con carácter ilustrativo y de ninguna manera exhaustiva. Se intenta de esta manera que puedan tener una utilidad didáctica, a título demostrativo y propositivo.

a) Perjuicio individual

Se pueden producir cuatro tipos de daño individual: Perjuicio a la vida, daño físico o psíquico, malestar o contrariedad.

1. Perjuicio de vida .

Cuando la no cobertura de la necesidad de salud supone una amenaza para la vida de la persona (life threatening conditions).

Se produce una amenaza grave a la vida o a la función de los aparatos y sistemas esenciales.

Podemos poner como ejemplos que ilustren el concepto un accidente de tráfico con un paciente politraumatizado; un infarto agudo de miocardio; apendicitis aguda; crisis de asma infantil grave.

La no cobertura, incluso si no llega a afectar a la vida de forma inmediata, supone una grave afectación de aparatos y sistemas esenciales que comprometen gravemente la esperanza de vida, la autonomía y dependencia, y la calidad de vida de la persona.

Ejemplos: accidente vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, hepatitis crónica activa, neumonía, cáncer, esquizofrenia, esclerosis lateral amiotrófica o aplasia medular.

2. Perjuicio causante de daño, entendiendo por tal la alteración severa y objetivable de estructuras y funciones físicas o psíquicas.

La no cobertura de este tipo de necesidades produce sufrimiento, menoscabo funcional y minusvalía, incapacidad laboral, para actividades productivas y/o de la vida cotidiana.

Como ejemplos: Fractura de brazo, hernia discal lumbar, neumonía, asma, diabetes, depresión, Alzheimer, anemia severa, cataratas o problemas auditivos.

3. Perjuicio causante de malestar, entendiendo como tal sufrimiento y alteración funcional.

La no cobertura de este tipo de necesidades produce trastornos y malestar, y puede interferir en el desempeño laboral, familiar o social, aunque no amenaza la vida, ni la alteración puede siempre objetivarse o cuantificarse por exploraciones o mediciones.

Ejemplos: Dolor de cabeza, debilidad y dolores musculares, fobias graves, disminución de la libido, lumbago, digestión pesada, palpitaciones o caries y gingivitis.

4. Perjuicio causante de contrariedad ante la percepción del propio estado de salud. La contrariedad es referida a un desajuste entre las prestaciones ofrecidas y las preferencias físicas o psíquicas.

La percepción de este tipo de necesidades varía con el individuo, y su no cobertura aunque produce contrariedad en aquellos que tienen dicha preferencia, socialmente no suelen considerarse como sufrimiento o alteración de suficiente nivel como para movilizar y consumir recursos sociales en una prestación de servicios sanitarios que satisfaga al individuo.

Por tanto son variables según la deseabilidad social y la posibilidad financiera en cada escenario político, social y económico.

Ejemplos: balnearios; tratamientos para la alopecia (calvicie), cirugía estética (no reconstructiva o para casos graves), cirugía de cambio de sexo; malestar psíquico; falta de energía, ortodoncia, sobrepeso, masajes relajantes, técnicas de relajación o mal olor corporal.

b) Perjuicio social.

En este caso no se valora individualmente el riesgo para la vida o daño originado por la no cobertura, sino que se identifica la pérdida de bienestar y desarrollo social e incluso consecuencias más graves futuras. Incorporamos cuatro bloques: Contagio, descapitalización social, alarma social y decepción.

1. Contagio de una enfermedad. Una enfermedad contagiosa no tratada afecta a otros individuos.

Existen externalidades negativas sobre terceros (individuos y sociedad), a través de contagios de enfermedades transmisibles (en algunos casos pueden llegar a epidemias de gran impacto sanitario, social y económico), o por efectos externos de enfermedades mentales; su no cobertura produce graves problemas que pueden ser minimizados con una cobertura sanitaria amplia y una acción temprana y de control de riesgos.

La vacunación es una pieza esencial en estas estrategias (de ahí su carácter obligatorio en determinadas situaciones).

2. Descapitalización social. Es referido a la erosión de capital social, cohesión intergrupala e institucional y reciprocidad que se produce cuando no se da cobertura a una necesidad.

La no cobertura de necesidades en grupos sociales de baja renta, con necesidades especiales, o con problemas de cultura o acceso a los servicios, genera una merma del capital social, lo que a su vez genera descohesión social, exclusión, y problemas de cohesión, identidad e inseguridad, cuyo impacto en el bienestar social es enorme. Dicho en positivo, una cobertura sanitaria amplia y accesible es uno de los

instrumentos más potentes para integrar una sociedad, aumentar la pertenencia, el bienestar, y generar confianza y reciprocidad (con efectos económicos claros en la reducción de costes de transacción y de organización).

3. Alarma social. Si se produce desasosiego generalizado por inacción colectiva.

La no atención a necesidades sanitarias de un individuo o grupo, afecta a la sensibilidad colectiva de forma tan amplia que genera una externalidad negativa de tipo moral o cultural y daña a la sociedad. Un efecto muy conocido son las llamadas “reglas de rescate” que pueden conducir a acciones poco racionales técnicamente, pero ampliamente demandadas por una sociedad preocupada o alarmada. Un fenómeno de estas características se ha vivido hace un año con la crisis del Ébola, merece la pena repasar los comentarios de Meneu a propósito de la repatriación de un misionero español contagiado por el virus de Ébola en el verano de 2014⁵³.

4. Decepción. Cuando los individuos y grupos ven contrariadas sus preferencias en los modos de uso de los servicios.

Los ciudadanos y pacientes pueden tener demandas de formas de utilización de servicios muy diversas, de acuerdo a su cultura y preferencias; son necesidades que el sujeto social ha de juzgar si puede o no ofrecerlas, aunque si no las incluye generan más una decepción que un daño.

Ejemplos: Disponer de habitación individual en el hospital, saltarse la lista de espera; dirigirse directamente al especialista sin pasar previamente por la consulta del médico de atención primaria, exigir una médica para la exploración por razones culturales o religiosas, pedir una visita a domicilio por comodidad, ir a urgencias por problemas menores saltándose otros dispositivos por comodidad o conveniencia.

c) Perjuicio económico

Sufrir una enfermedad tiene dos tipos de coste. Por un lado el coste de los servicios sanitarios y farmacológicos completo, que en algunas enfermedades graves es un coste inasumible en muchos casos por un paciente, y el coste de oportunidad por la imposibilidad de desempeñar tareas laborales.

Hemos determinado cuatro grandes bloques referidos al perjuicio económico.

1. Perjuicio por ruina al hacerse cargo del pago del tratamiento y costes sanitarios; individuos cuyo poder adquisitivo es insuficiente individuos. Con anterioridad hemos cifrado (OMS 2012) en 100 millones de personas al año las que caen en situación de pobreza por los costes relacionados con una enfermedad en el ámbito familiar y 150 millones de personas año que atraviesan serias dificultades económicas por la misma causa.

Son las llamadas enfermedades económicamente catastróficas, prioridad ampliamente reconocida por los sistemas sanitarios y agencias internacionales, ya que producen la ruina de la familia en caso de no ser cubiertas las necesidades por un

⁵³ Ricard Meneu. Un espectáculo sanitario (Tribuna). El País, 8 de agosto de 2014. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/08/08/actualidad/1407513143_045955.html

esquema de compartición de riesgos o aseguramiento público amplio. El perjuicio genera problemas de iniquidad.

2. Disgregación del aseguramiento público. Este apartado está relacionado con las des-economías e ineffectividad que se generan por no mancomunar riesgos y respuestas.

Cuando los grupos sociales buscan separadamente solución a sus problemas de aseguramiento se crea un daño económico por soluciones ineficientes. De hecho, el Bismarkiano concepto de “aseguramiento obligatorio” proviene precisamente de la imposición legal que evitaba escapar a individuos de su enrolamiento y contribución económica a un fondo de enfermedad comunitario. En la reforma que impulsó el presidente Obama en EEUU, la obligatoriedad se transformó en incentivos económicos, o penalizaciones, para promover entre los individuos la suscripción de un seguro que cubra sus contingencias.

La disgregación es una tendencia difícil de controlar; los grupos con bajo riesgo y alta renta tienden a tomar dos tipos de decisiones, bien establecer un seguro colectivo diferente, en su caso un régimen separado de seguridad social pública, o bien a escapar del esquema general, “opting out”.

El caso del mutualismo administrativo en España es un claro ejemplo; en países en vías de desarrollo es mucho más conspicuo: ejército, policía, funcionarios, trabajadores de monopolios (petróleo), grandes empresas o cajas sectoriales de seguros sociales y, por otra parte un sistema público empobrecido como red de seguridad para aquellos que carecen de un subsistema que les proteja de manera específica y preferente.

Esta fragmentación vertical, con diferentes sistemas basados en poblaciones segmentadas, es ineficiente porque destruye valor y dilapida recursos. Además plantea un problema de equidad horizontal, se produce un trato desigual para igual necesidad.

La igualdad de los ciudadanos ante la Ley es un principio constitucional que tangencialmente puede tener aplicabilidad en este punto y en el siguiente.

3. Insolidaridad. Como penalización del acceso y cobertura a individuos y grupos con mayores y diferentes necesidades de salud.

En este caso el daño económico se produce en la equidad, como principio de la economía; en particular la llamada “equidad vertical”, relativa a colectivos que acumulan desventaja y problemas en el acceso y uso de los servicios. Se rompe con la equidad vertical porque se produce igual trato para necesidades desiguales.

Hay muchísimos ejemplos en necesidades específicas: medio rural, pacientes frágiles e inmovilizados, minorías étnicas, pobres, mendigos, refugiados, enfermos mentales, ancianos institucionalizados, etc.

4. Inconveniencia por exclusiones y limitaciones en financiación colectiva de utilidades individuales.

Los individuos pueden tener necesidades particulares, que por su naturaleza no existe un amplio consenso en la sociedad sobre si es justo que se cubran con dinero público. La cobertura pública dependerá en todo caso de consideraciones de contexto o de repercusiones colaterales. Por ejemplo, puede considerarse injusto cubrir las vacunas para enfermedades tropicales del turismo de ocio, pero puede compensar hacerlo si se evitan casos importados de enfermedades transmisibles.

Algunos ejemplos ampliamente debatidos son los deportes de alto riesgo con posibilidad de seguro federativo, pasar las recetas del médico privado a la seguridad social, conseguir vitaminas y suplementos nutricionales vigorizantes, productos sanitarios cosméticos o para síntomas menores como las medias de compresión ligera de uso alternativo para varices.

IV.6. Una propuesta de jerarquización del derecho a la protección de la salud en relación a la tipología de necesidades.

En la tabla IV.24. presentamos una síntesis en la que se integran los análisis anteriores, formulamos una propuesta de articulación de los tres bloques de protección -reforzada, tutelada y selectiva-, con las doce categorías de necesidad que se corresponden con los ámbitos de perjuicio individual, social y económico.

Tabla IV.24. Propuesta de jerarquización del derecho a la salud según tipología de necesidades

	Perjuicio Individual	Perjuicio Social	Perjuicio Económico
Protección Reforzada	Vida Daño	Contagio	Ruina Disgregación
Protección Tutelada	Malestar	Descapitalización social Alarma	Inequidad
Protección Selectiva	Contrariedad	Decepción	Inconveniencia

Fuente: Elaboración propia

4.6.1. Protección reforzada

De esta manera, el contenido mínimo del derecho a la salud debe tener un primer nivel de protección reforzada, esto es, cobertura plena y exigibilidad directa que contendría las siguientes categorías de necesidad:

- Vida, cuando se produce una amenaza grave a la vida o a la función de aparatos y sistemas esenciales. Se trata de un perjuicio individual. Se trata de necesidades que deben ser cubiertas por su conexión con el derecho a la vida.
- Contagio de una enfermedad que afecta a otros individuos. Se trata de una categoría perteneciente al bloque de protección frente a perjuicios sociales. Su pertenencia a este bloque de protección está vinculada a su conexión con el derecho a la integridad física y moral.

- Daño, esta alteración severa y objetivable de las estructuras y funciones físicas o psíquicas. Esta necesidad está relacionada con el derecho a la integridad física y moral.
- Ruina, en caso de que los individuos no puedan pagar tratamiento, su necesidad debe ser satisfecha, el principio de igualdad reclama un trato diferenciado ante contingencias diferentes. Corresponde a una necesidad de tipo perjuicio económico.
- Disgregación del aseguramiento público, des-economías e ineffectividad por no mancomunar riesgos y respuesta. La no cobertura rompe con el principio de igualdad ante la ley y genera iniquidades. Al igual que la anterior necesidad corresponde a la tipología perjuicio económico.

4.6.2. Protección tutelada

Un segundo nivel de protección, nivel 2 o de protección tutelada. Esta debe ser desarrollada por el legislador. En ellas el legislador debe asumir la carga de la prueba cuando decida retirar la cobertura que de antemano tiene la necesidad. Por tanto, es un nivel de protección muy alto, pero incuestionable como el nivel 1 o de protección reforzada.

Incluiría las cuatro categorías siguientes:

- Malestar, sufrimiento y alteración funcional. Correspondiente a la tipología de perjuicio individual.
- Descapitalización social, erosión de capital social y reciprocidad.
- Alarma. Desasosiego generalizado por inacción colectiva
- Inequidad. La consecuencia de la no cobertura es la penalización en el acceso y cobertura a las rentas bajas y a la alta necesidad.

4.6.3. Protección selectiva

Es el nivel de protección más débil, la desarrollaría el legislador, pero en este caso, asumir la carga de la prueba a favor de las inclusiones.

Incluye tres categorías de necesidades:

- Contrariedad, cuando se produce un desajuste entre las prestaciones ofrecidas y las preferencias físicas o psíquicas, que pueden estar provocadas por diversos factores.
- Decepción. Este fenómeno se produce cuando individuos y grupos ven contrariadas sus preferencias en los modos de uso de los servicios.
- Inconveniencia. Las exclusiones y limitaciones en financiación colectiva de utilidades individuales también se verían incluidas en este tercer nivel de protección.

IV.7. Buen gobierno

“Can a government be relied upon to do the “right” thing and avoid doing the “wrong” thing? It is imposible to give a context-free answer to this question. Economist, as outsiders, tend to believe that it is all a matter of knowing what is right and what is wrong. If that were the case, many tricky problems would have disappeared a long time”.

Mrinal Datta-Chaudhuri (1990:38)

4.7.1. Concepto

El reconocimiento de la Salud como un derecho exigible de las personas obliga a los poderes públicos a establecer un contenido mínimo y garantizarlo. Pero las garantías legales, para ser efectivas, se deben sustentar en la capacidad para hacer sostenible el modelo.

Ya hemos analizado los importantes desequilibrios en materia de equidad y la ineficiente asignación de recursos que otorga el mercado. Para superar estos handicaps del Sector Público ha ido interviniendo en la práctica convirtiéndose en el asegurador mayoritario y en el prestador de servicios más importante del sistema sanitario.

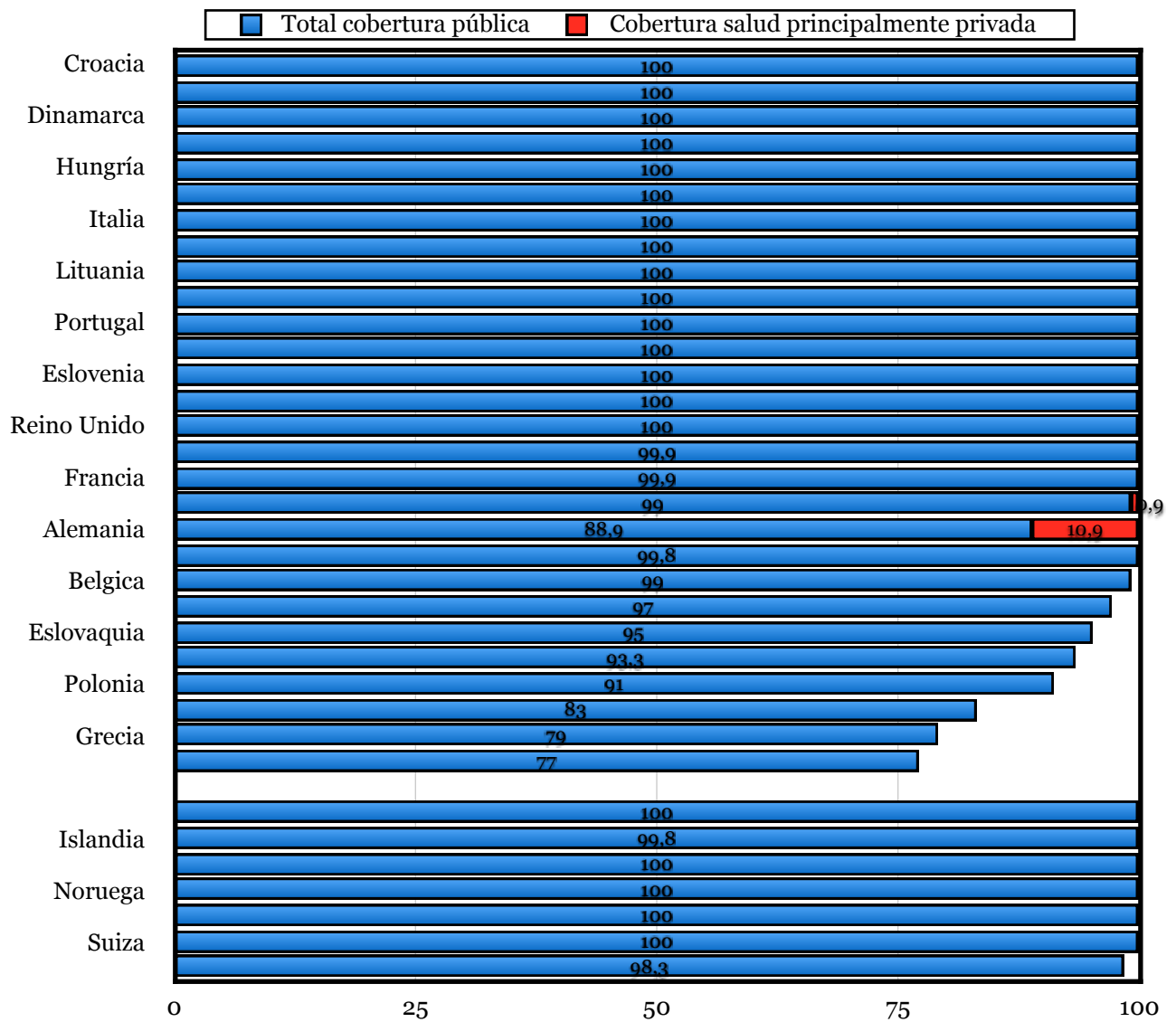
En los gráficos IV.72 y IV.73 se muestra el importante peso del aseguramiento público en todos los países de la OCDE, con coberturas de casi el 100% de la población excepto en Bulgaria (77%), Grecia(79%), Chipre (83%), Polonia (91%) y Estonia (93,3%).

La intervención de los poderes públicos en la provisión de servicios sanitarios se ha ido produciendo de manera creciente hasta llegar a importantes porcentajes respecto del PIB , lo exponemos en el gráfico IV.73. Todos los países de UE 28 dedican más del 8% de su PIB a gasto sanitario, llegando algunos a situarse por encima del 11%.

Si comparamos el peso del gasto sanitario sobre el total de gasto que realizan los estados, (gráficoIV.75), observamos que es muy relevante, siendo la media de la Unión el 14%, pero llegando a alcanzar hasta el 20% en Holanda o el 19% en Alemania.

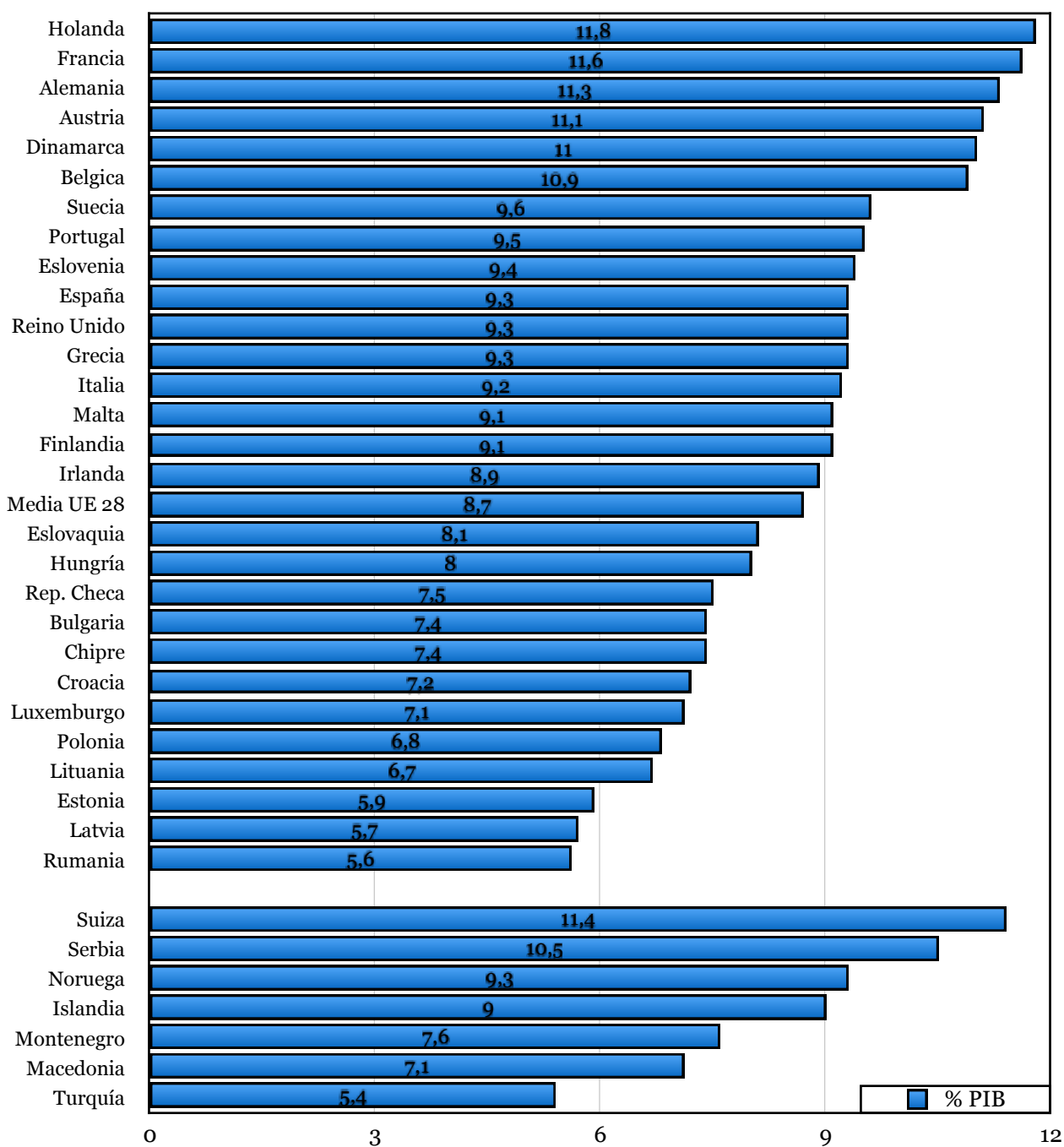
También hemos expuesto el conjunto de fallos que genera la intervención del Estado en el conjunto de la actividad financiera del sector público y, también, en el mercado sanitario.

Gráfico IV.72. Cobertura de Salud en 2012



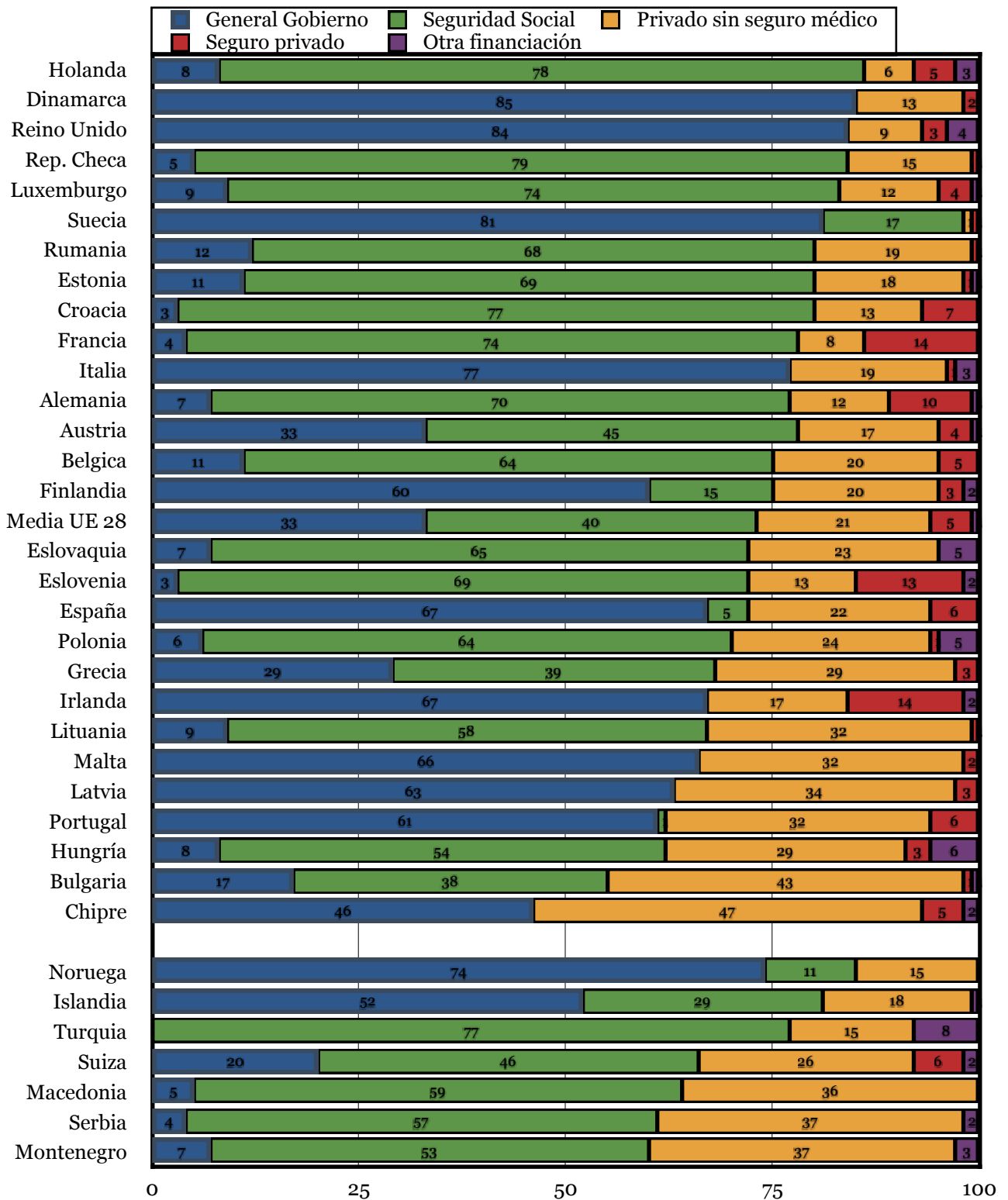
Fuente: OECD Health Statistics

Gráfico IV.73. Gasto sanitario como porcentaje del PIB



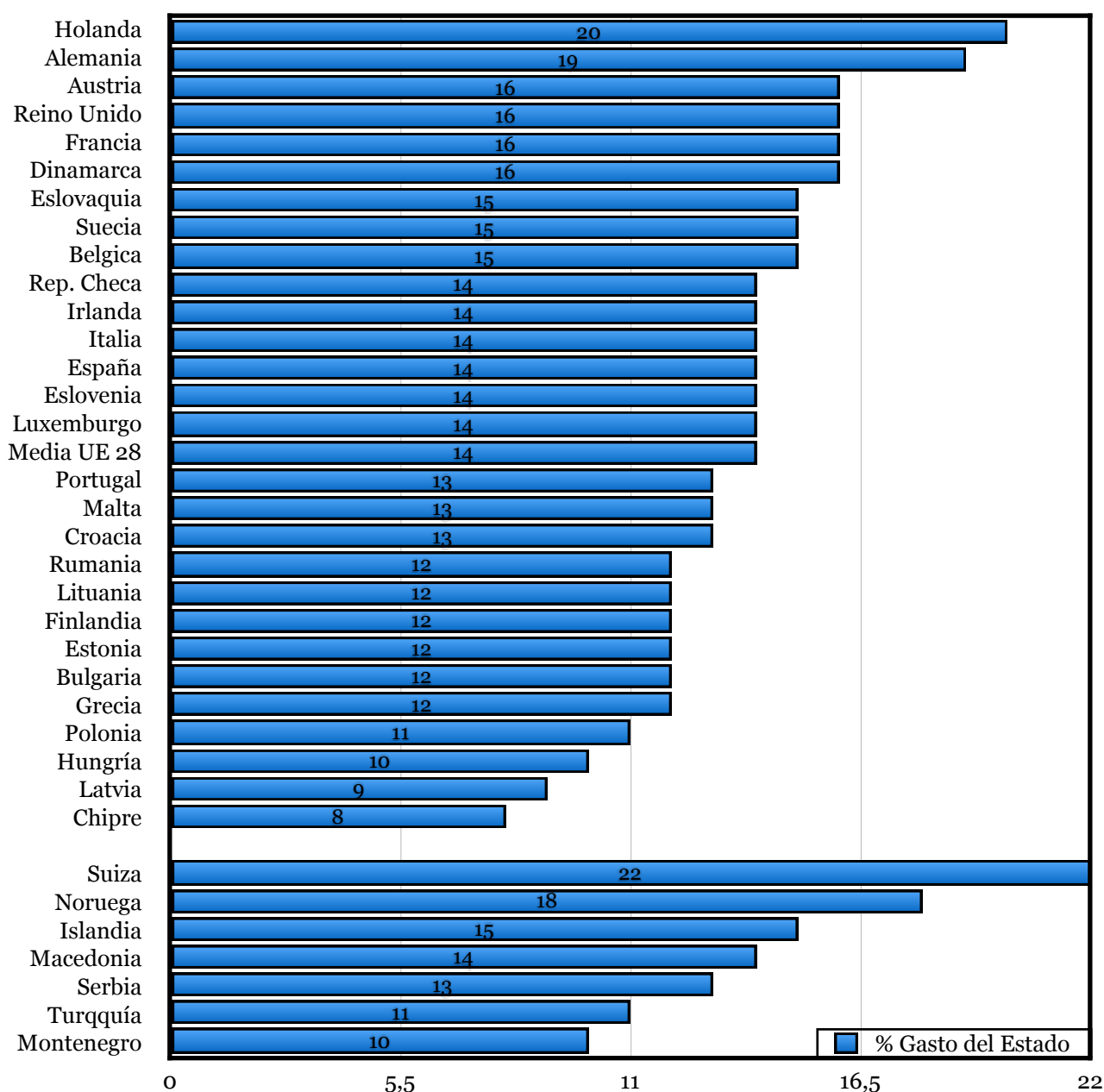
Fuente: OECD Health Statistics

Gráfico IV.74. Porcentaje del gasto sanitario según el financiador



Fuente: OECD Health Statistics

Gráfico IV.75. Gasto sanitario como % del gasto del Estado



Fuente: OECD Health Statistics

La cuestión que se plantea en este punto es si la intervención del Estado genera una asignación de recursos más eficiente y con mayor equidad, o si los fallos del sector público cuando interviene son mayores que los que produce el mercado.

Con carácter previo hay que señalar varias cuestiones:

1. En primer lugar, los fallos relativos a la equidad pertenecen al concepto de justicia social que una sociedad formula en un momento de su historia. Por tanto, intentar corregir la ineficiencia a costa de la equidad y frente al pensamiento de la mayoría de la sociedad significaría, sencillamente, que la economía dejaría de estar al servicio de la sociedad y de la búsqueda de la satisfacción de las personas.

Una de las principales razones por las que interviene un Estado en materia sanitaria no es por búsqueda de mayor eficiencia, sino por cuestiones de equidad, para evitar la posibilidad de que algunos sectores de la sociedad se vieran excluidos de la asistencia sanitaria por razones económicas.

Sin duda, impuestos y Estado de Bienestar son dos poderosos instrumentos para realizar tareas redistributivas.

Doorslaer et al.(1999) analizan el impacto en términos redistributivos y de equidad en doce países de la OCDE de sus sistemas sanitarios y del modelo de financiación respectivo de cada uno de ellos. Como conclusión obtienen que los sistemas de salud financiados por el Estado con impuestos directos tienen más incidencia en el efecto redistributivo y en el impacto sobre la desigualdad vertical en favor de los más pobres.

En aquellos países donde la financiación del sistema sanitario está relacionado con la capacidad de pago de las personas, existen menos discrepancias entre los valores obtenidos del efecto redistribuido y su impacto en la equidad vertical.

Las instituciones no son las personas sino el conjunto de costumbres y reglas que proveen un sistema de incentivos y desincentivos para los individuos.(North 1990) Por tanto, las instituciones modifican las opciones que tienen los seres humanos para elegir.

Por eso los conjuntos de reglas, pasos y contratos en una sociedad cambian, y cuando cambian también producen cambios en los conjuntos de opciones de que disponen los seres humanos.

Precisamente, la mayor implicación del Estado se produce en Europa después de la II Guerra Mundial, cuando el progreso médico es mayor, pero su carestía impide el acceso de importantes bolsas de población (Repullo 2015). La deuda con las capas obreras, el nuevo sentido de justicia social y el desarrollo de la ciencia médica, son el origen de la construcción del Estado de Bienestar.

De hecho, las relaciones entre agentes económicos son las relaciones entre instituciones, que contratan de acuerdo a sus intereses medidos en costes de transacción y comparados con los costes de organización a que está sujeta cada una de las instituciones.

La nueva economía institucional aporta mucha luz sobre este tema, el funcionamiento de la economía real solo se entiende desde una perspectiva en la que la teoría neoclásica sea capaz de integrar el modo en que las instituciones modifican el conjunto de opciones disponible.

La nueva economía se basa en el estudio de las relaciones contractuales en el ámbito político y en el ámbito económico. Por tanto es clave contemplar tres estructuras de reglas de decisión:

- a) Contratos específicos de acuerdo a la legislación vigente.
- b) Reglas de decisión política.
- c) Estructura de los derechos de propiedad.(Douglas North 1990).

Las instituciones pueden ser privadas o públicas, en este capítulo vamos a incorporar algunos elementos desde esta perspectiva a los fallos del Estado clásicos de la teoría económica.

2. En segundo lugar, las ineficiencias del mercado, como las asimetrías de información, las externalidades positivas o la formación de monopolios sanitarios, ponen de manifiesto que el mercado libre no solo genera problemas de equidad, sino importantes fallos que lo alejan de ser el mecanismo adecuado de asignación de los recursos.

3. En tercer término, los fallos del Estado no pueden ser corregidos volviendo al mercado, sino con una mejora de los mecanismos públicos.

4. En último lugar, una cuestión práctica, dado el volumen tan importante que tiene el sector público en el mercado sanitario, lo más razonable es corregir los fallos del Estado mediante la introducción de nuevas recetas, de nuevas corrientes de pensamiento económico como la economía de las organizaciones.

Incorporar el concepto de buen gobierno, de planificación y de adaptación a la nueva realidad requiere nuevas perspectivas. Por ejemplo, los avances tecnológicos y médicos se incorporan sin mayor dificultad a los sistemas sanitarios en época de bonanza económica. Sin embargo, cuando vienen tiempos de crisis, la compra de las nuevas tecnologías no solo no es posible con los criterios de gestión de los momentos expansivos, sino que las compras e inversiones realizadas lastran la sostenibilidad cuando llega la recesión.

Las crisis económicas no son nuevas, pero sí debe ser innovadora la respuesta de las instituciones. Desde las crisis de los primeros años de la década de los setenta, la respuesta que se dio fue la de condicionar la toma de decisiones clínicas a las necesidades económicas. Los médicos debían guardar el equilibrio entre la eficacia en la cura del paciente y el control de los costes económicos en el proceso médico. La presión sobre los facultativos no se saldó con buenas consecuencias. (Costa Alcaraz et al. 2013).

Costa Alcaraz, Calvo-Rigual y Siurana-Aparisi (2013:140) evidencian que: *“La práctica médica ética requiere considerar tanto los intereses del paciente actual, como los intereses de los pacientes potenciales. Desde la profesión médica, en cambio, se afirma que los médicos deben ejercer su libertad teniendo en cuenta únicamente los intereses del paciente que tienen delante, pues de lo contrario se destruiría la relación médico-paciente”*.

El buen gobierno obliga a nuevas formas de organización de las instituciones con dimensión ética.

La nueva agenda de la política sanitaria debe tener como objetivo la modernización de la gestión pública y establecer un equilibrio entre lo que debe asignar el mercado y lo que corresponde al Estado. Es decir, cómo conseguir mayores niveles de eficiencia y de equidad en el mercado sanitario. En ese sentido, el concepto de buen gobierno se erige como piedra angular de la nueva construcción institucional.

No existe una única definición de buen gobierno (Meneu y Ortún 2011). Se ha definido de diversas maneras por diferentes autores. La OCDE (2014) se refiere a un conjunto de prácticas, algunas de ellas testadas, que mejoren y racionalicen el funcionamiento del sector estatal en política industrial, desarrollo regional, oferta de bienes públicos o existencia de monopolios naturales.

La Comisión de las Comunidades Europeas enumera cinco principios de buen gobierno: Apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia. La OMS se refiere a la participación democrática de los agentes que les concierne el diseño de políticas y la puesta en marcha de prácticas en los sistemas de salud.

Repullo y Freire (2008:121) lo definen como “*la migración desde el escenario actual - caracterizado por su fuerte inercia- a otro de diseño activo de un futuro con más potencial de eficiencia, equidad y sostenibilidad*”.

Repullo (2015) define la gobernanza como la capacidad de los países de promover la acción colectiva y adoptar soluciones que persigan el interés general.

El debate sobre el buen gobierno es eminentemente práctico, tiene como fin dirimir una serie de recomendaciones que tienen como objetivo eliminar ineficiencias en las organizaciones públicas, pero que también es aplicable, desde una óptica ética a las privadas.

Buen gobierno empresarial significa alcanzar los fines previstos, pero si incorporamos aspectos éticos, de responsabilidad social, el concepto de buen gobierno amplía el abanico de beneficiarios de la acción empresarial. Salas (2005) propone hablar de buen gobierno de la empresa desde el momento que se asume la mejora en bienestar de todos los contenidos y no solo de los beneficios de los accionistas.

4.7.2. Atributos del Buen Gobierno

Repullo (2015) define los atributos del buen gobierno en cinco bloques:

1.-*Rendición de cuentas.* Incumbe a la relación entre un individuo, o colectivo, y el ámbito del que depende para tomar decisiones, en el que debe dar explicaciones y puede ser sancionado.

El gobierno es quien ejerce los derechos de propiedad cuyo auténtico propietario es la sociedad, un nivel alto de transparencia y rendición de cuentas permite que las personas estén seguras de que la acción de gobierno se realiza de acuerdo con el mejor nivel de interés general (OCDE 2014).

Entre los instrumentos para promover la rendición de cuentas, Repullo (2015) propone el uso de los derechos de propiedad, mecanismos de asignación de recursos basados en el incentivo, la gestión contractual con reglas claras que incluyan mecanismos de evaluación, sistemas de información desarrollados, estructuras colegiadas de gobierno y la introducción de nuevos mecanismos de control indirecto como la difusión de la innovación o el *benchmarking*.

Tienen especial importancia las regulaciones legales, en España se producen demasiadas leyes cuyo cumplimiento es enormemente laxo por falta de medidas de control.

2.-*Transparencia.* Los mecanismos de información al público de las decisiones que se toman y del proceso de como se han tomado. La transparencia camina al lado de la dación de cuentas. El principio que debe regir es que toda información que se produzca con dinero público debe ser de dominio público.

El barómetro sanitario del 2013 realizado por el CIS detecta un déficit de información importante en aspectos esenciales del propio sistema sanitario para el propio usuario: (Tabla IV.24)

Tabla IV.24. Conocimiento de distintas formas de acceso a los servicios sanitarios públicos
(Consultar la página web de la consejería de sanidad para informarse de los servicios sanitarios)

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
Si	32,7	6,4	16,0	30,6	43,0	40,8	56,0
No	66,9	93,1	83,6	69,0	56,1	59,0	43,9
N.C.	0,4	0,5	0,4	0,4	0,9	0,2	0,2

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0013

Tabla IV.25. Conocimiento del tiempo de espera para el ingreso en un hospital

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
Si	72,2	75,1	69,8	77,8	61,0	79,2	63,9
No	25,8	24,7	26,8	20,8	39,0	19,0	32,2
N.S.	0,6	0,2	0,4	0,1	-	-	3,9
N.C.	1,5	-	3,0	1,2	-	1,7	-

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0019d

El conocimiento del tiempo de espera para el ingreso en un hospital oscila entre el 61,0% y el 79,2% (Tabla IV.25). Si bien es cierto que la pregunta se formula para aquellos que han estado hospitalizados en el último año, por lo tanto su respuesta está condicionada por el hecho de reconocer haber sido avisados para realizar el ingreso. Otra cuestión es si un ciudadano puede tener acceso a las listas de espera en las distintas especialidades o centros sanitarios.

Pero cuando hablamos de transparencia no solo nos referimos a información relevante como listas de espera, resultados clínicos por centro o red de servicios disponibles. También a cuestiones como el gasto sanitario, en qué y con qué resultados, la planificación de las decisiones de inversión o el acceso libre a las bases de datos de la administración.

La transparencia permite al auténtico propietario de la cosa pública, el ciudadano, conocimiento, pero también cumple una importante función de control. Por ejemplo, la información pública y accesible de los procesos de contratación de la Administración es una garantía de limpieza del proceso, porque se somete al escrutinio de los distintos competidores que concursan.

Por último, debe haber una separación clara entre el órgano que adopta la decisión y el órgano de control y fiscalización.

3.-Participación. Se refiere a la autonomía que deben tener los afectados a la hora de tomar una decisión. Se trata de encontrar nuevos cauces de implicación y también de democratización del bien común.

La Comisión de las Comunidades Europeas (2001)⁵⁴ declara la participación colectiva e individual como principio básico de la pluralidad y del buen gobierno en democracia.

Tiene como efectos positivos la mayor aceptación social de las medidas adoptadas y amplía la libertad de elección de los ciudadanos.

Mayor participación solo es posible con un mayor nivel de información previo para poder optar a la toma de decisiones compartidas.

Una mayor capacidad de decisión significa cambios en la relación clásica de agencia entre el médico y el paciente. Requiere cambios en la estructura organizativa, pero sobre todo requiere un cambio cultural. Los facultativos deben facilitar información inteligible y lo más completa posible para que el paciente pueda formular sus preferencias, esto no significa sustituir las decisiones de los profesionales, sencillamente es el paso desde el paciente pasivo hacia el paciente informado que participa en decisiones compartidas.

La opinión de los pacientes sobre su participación en las decisiones es recogida en el barómetro sanitario del año 2013 encargado por el CIS. Los resultados obtenidos son los que se exponen a continuación (tabla IV.26):

Tabla IV.26. Participación en las decisiones sobre su problema de salud

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
Si	61,2	56,4	60,0	58,9	64,3	63,9	63,2
No	36,1	37,8	36,0	39,1	34,0	34,7	33,9
N.C.	2,8	5,9	4,0	2,0	1,7	1,4	2,9

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0011b

El 61,2% de los entrevistados responde afirmativamente, el porcentaje aumenta ligeramente a medida que aumenta el nivel de estudios de la persona entrevistada. Entre un 30 y un 40% no considera haber participado en la toma de decisiones sobre su propio problema de salud.

Cuando se pregunta por las distintas formas de acceso a la información médica o a los propios servicios sanitarios los resultados muestran que existe dificultad en el acceso (tabla IV.27):

⁵⁴Comisión de las Comunidades Europeas (2001) "La gobernanza europea. Un libro blanco". Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas

Tabla IV.27. Conocimiento de distintas formas de acceso a los servicios sanitarios públicos (acceso a los informes clínicos por internet)

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
Si	15,0	4,4	11,8	15,8	16,3	16,2	21,7
No	84,5	95,4	87,7	83,9	82,9	83,2	78,0
N.C.	0,5	0,2	0,5	0,4	0,8	0,6	0,3

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0013

El grado de acceso a un informe clínico por internet es muy reducido en todos los niveles educativos estando en valores menores del 16%, el único grupo que supera el 20% son los titulados superiores que se sitúan en el 21,7%.

En el caso de pacientes que han sido hospitalizados, ante la pregunta de su participación en las decisiones médicas, la cifra de personas que aseguran haber participado es del 51,5%. El porcentaje va en aumento en la medida que aumenta el nivel educativo del entrevistado. (Tabla IV.28).

Tabla IV.28. Opinión del usuario de atención hospitalaria pública sobre su participación en las decisiones en su tratamiento

	Total	Sin estudios	Primaria	Secundaria 1ª etapa	Secundaria 2ª etapa	F.P.	Superiores
Si	51,5	34,5	51,2	53,9	61,7	49,0	57,7
No	43,2	60,3	41,4	42,4	34,5	45,1	39,3
N.C.	5,2	5,2	7,4	3,7	3,8	6,0	3,0

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0019b

El CIS, en sus barómetros sanitarios, realiza un cuestionario en el que incorpora una pregunta sobre la satisfacción acerca del conocimiento del historial de enfermedad. La respuesta se sitúa en la banda de satisfacción elevada, como muestran las tablas IV.29 y IV.30, elaborados en las tres oleadas de entrevistas realizadas por el CIS entre marzo y octubre del 2013:

Tabla IV.29. Escala de satisfacción en el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud

	03-2013	05-2013	10-2013
Insatisfactorio (1-2)	3,0	3,2	3,9
(3-4)	6,3	6,0	7,0
(5-6)	26,5	25,7	26,2
(7-8)	34,9	35,7	33,3
Satisfactorio (9-10)	17,2	17,8	18,4
N.S.	11,9	11,6	10,9
N.C.	0,1	0,1	0,3

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0018

Dados los escasos mecanismos de participación en la toma de decisiones sobre la salud, derivados de una distribución muy desequilibrada de la información, pero un grado de satisfacción elevado sobre el conocimiento de la enfermedad expresado por los usuarios, podemos intuir que, en realidad, el grado de confianza elevado se deposita en el facultativo, que es quien recibe la encomienda de la toma de decisiones.

En el siguiente cuadro, se expresa la satisfacción sobre la información recibida relativa al problema de salud. Aún estando muy relacionadas ambas cuestiones, se observan variaciones en los porcentajes de satisfacción, resultando ser más satisfactoria la información recibida sobre el problema de salud que sobre el historial y seguimiento del problema.

Tabla IV.30. Escala de satisfacción en la información recibida sobre su problema de salud

	03-2013	05-2013	10-2013
Insatisfactorio (1-2)	1,6	1,9	2,2
(3-4)	4,1	3,9	5,2
(5-6)	21,4	20,7	22,1
(7-8)	40,6	38,9	35,7
Satisfactorio (9-10)	23,6	26,1	26,0
N.S.	8,4	8,3	8,6
N.C.	0,2	0,2	0,2

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0018

En la tabla IV.31 se expresa la confianza en la información recibida sobre los medicamentos. El grado de confianza mayor se deposita en el médico, el 93,9% de los entrevistados expresa mucha o bastante confianza. Destaca el 34,7% que no tiene ninguna o tiene poca confianza en la autoridad sanitaria, lo que refuerza la idea de que lo que genera satisfacción es la confianza en los profesionales, no la participación en la toma de decisiones, que realmente es escasa por el problema de asimetría en la información.

Tabla IV.31. Grado de confianza en la información recibida sobre los medicamentos consumidos (Información proporcionada por...)

	El médico	Enfermero	Farmacéutico	Prospecto del medicamento	Familiares y amigos	Internet	Autoridad sanitaria
Mucha	60,7	23,9	33,4	24,2	3,8	1,6	11,8
Bastante	33,2	46,6	51,6	46,8	18,7	8,4	42,8
Poca	4,8	18,2	10,6	17,8	43,1	28,1	21,6
Ninguna	0,7	4,5	1,9	6,0	29,3	51,3	13,1
N.S.	0,5	6,2	2,1	4,7	4,3	9,6	10,0
N.C.	0,2	0,6	0,4	0,6	0,7	1,0	0,9

Fuente: CIS Estudio 8813 pregunta 0033

El sistema viene determinado por una importante relación de agencia entre el paciente y el médico, donde la confianza en la decisión médica es muy elevada, pero el monopolio de información lo posee el profesional. No obstante, Ortún (2003:11) enfatiza: *“Por muy monopolio que sea una organización sanitaria nunca será más que la Agencia Tributaria y nada impide a la Agencia comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado, ajustando-eso si-por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia saludable que el inimpugnable vitalicio”*.

O dicho de otro modo, la asimetría de información con los médicos por parte del paciente, queda mitigada por la confianza de que la relación de agencia que consagra el profesionalismo hipocrático prevalecerá. Si esta confianza se erosionara, probablemente caería la credibilidad de los consejos y recomendaciones. Por ejemplo, cuando el paciente considera que el médico obtiene ventajas económicas directas por incentivos comerciales o administrativos.

Participación no se refiere solo a la ampliación del abanico de participación del ciudadano y del paciente, también se exige una mayor participación de los profesionales. La cuestión clave reside en cómo se incorpora el conocimiento de los profesionales a la gestión clínica e implicarlos en la gestión de los recursos atendiendo la calidad de la práctica profesional.

4.-Integridad, clarificación en la asignación de roles. Para determinar responsabilidades y lograr el entendimiento en el proceso de representación, decisión y coerción.

En este sentido, existe un importante nexo entre responsabilidad y profesionalidad. Costa Alcaraz , Calvo-Rigual y Siurana-Aparisi(2013), opinan que la profesionalidad exige formación ética, a la vez que técnica y capacidad de autorregulación. La actividad profesional varía a lo largo de la historia, tanto por la innovación técnica y tecnológica, como por las variaciones en el código moral de la sociedad.

Estos autores apuestan por la gobernanza compartida, los cambios generan riesgos, y la aversión al riesgo en la salud es manifiesta. La propuesta pasa por acomodar los valores que subyacen a un cambio a la estructura moral de la sociedad.

Para Ruger (2006:998-1003), corresponde al Estado la responsabilidad moral de promover la salud y eso requiere, no solo una arquitectura jurídica adecuada, sino la organización de la sociedad para generar la co-responsabilidad en la gestión y la participación en la regulación y en el control de la política sanitaria.

5.-Inteligencia y competencias para desarrollar políticas. Para conseguir los logros sociales, se requiere un *staff* burocrático estable, leal con los objetivos de la institución, instrumentos informativos y evaluación de políticas.

Repullo y Freire (2008:122) plantean *“reducir los costes de interferencia políticos para facilitar la continuidad y la profesionalización de los niveles y los procesos gestores y técnicos”*.

Para Meneu y Ortún (2011), el buen gobierno afecta a las políticas de salud y a la gestión de las organizaciones sanitarias. No concebir la transversalidad de las políticas sanitarias y su incidencia en otras áreas, por ejemplo en la economía, constituye alejarse del ideal de gobernanza.

Asimismo, mecanismos deficientes o inexistentes en la medición de costes, en la evaluación de políticas, la escasa transparencia en algunas organizaciones sanitarias, como

las nuevas concesiones administrativas y fundaciones y la ausencia de suficientes controles externos, son consecuencias de mala praxis de gobierno.

4.7.3. Buen Gobierno y Buena Gestión

No es lo mismo gobierno que gestión. El gobierno define estructuras, reglas y objetivos; el gestor, por su parte, es responsable de la ejecución.

La base del buen gobierno está relacionada con la ética pública, con una nueva óptica que implica una cultura de compromiso con la organización. Para Freire (2011:212) *“La base de concepto “buen gobierno” es la ética pública, que es el patrón moral con el que la sociedad establece lo que está bien y lo que está mal, y que obliga a todos los ciudadanos por igual”*.

No está en las leyes, ni en las normas y reglamentos. Es una cultura, un modo de pensar, un proceso que se identifica con los parámetros éticos de las personas. El buen gobierno en el sistema sanitario no se garantiza con un código de buen gobierno, sino con la buena calidad del sistema y el veredicto social.

La nueva cultura organizativa se asienta sobre tres principios, Principio de cohesión, Principio de excelencia y Principio de participación. Repullo y Oteo (2005).

Los objetivos del buen gobierno deben ser la mejora en los resultados de la gestión, entendido como la mejor productividad asistencial.

Requiere un cambio de cultura político-administrativa, existen dos modelos, (Freire 2011):

El primero de ellos, el modelo anglosajón (*New Public Management*), es un modelo gerencialista cuya característica es el gobierno corporativo público.

El segundo, modelo napoleónico (*New Public Service*), propio de países mediterráneos, sus esfuerzos giran en torno a lograr una buena administración pública tradicional.

De la síntesis de ambos paradigmas podemos extraer los elementos básicos de buen gobierno, tales como el consejo u órgano colegiado de gobierno- es el elemento más importante-composición y reglas que permitan un desarrollo eficaz, profesionalización de las tareas directivas y funcionamiento según el código de buen gobierno.

El buen gobierno establece las bases que permiten garantizar una buena gestión. La buena gestión se asienta sobre cinco pilares (Repullo 2015):

- 1.La planificación de prioridades, la determinación de objetivos y el desarrollo de políticas son el primero de los pilares. La planificación debe alcanzar no solo a las decisiones de inversión, también a las prioridades asistenciales y de salud pública.
- 2.El segundo pilar incluye la organización y cambio del sistema de reglas e incentivos para una rendición más en profundidad de cuentas.
- 3.En tercer lugar, el ajuste de funciones, tareas y la determinación de responsabilidades en los recursos humanos.
- 4.La dirección debe ser ágil en la adaptación a los cambios y reducir el tiempo de ajuste a los mismos.

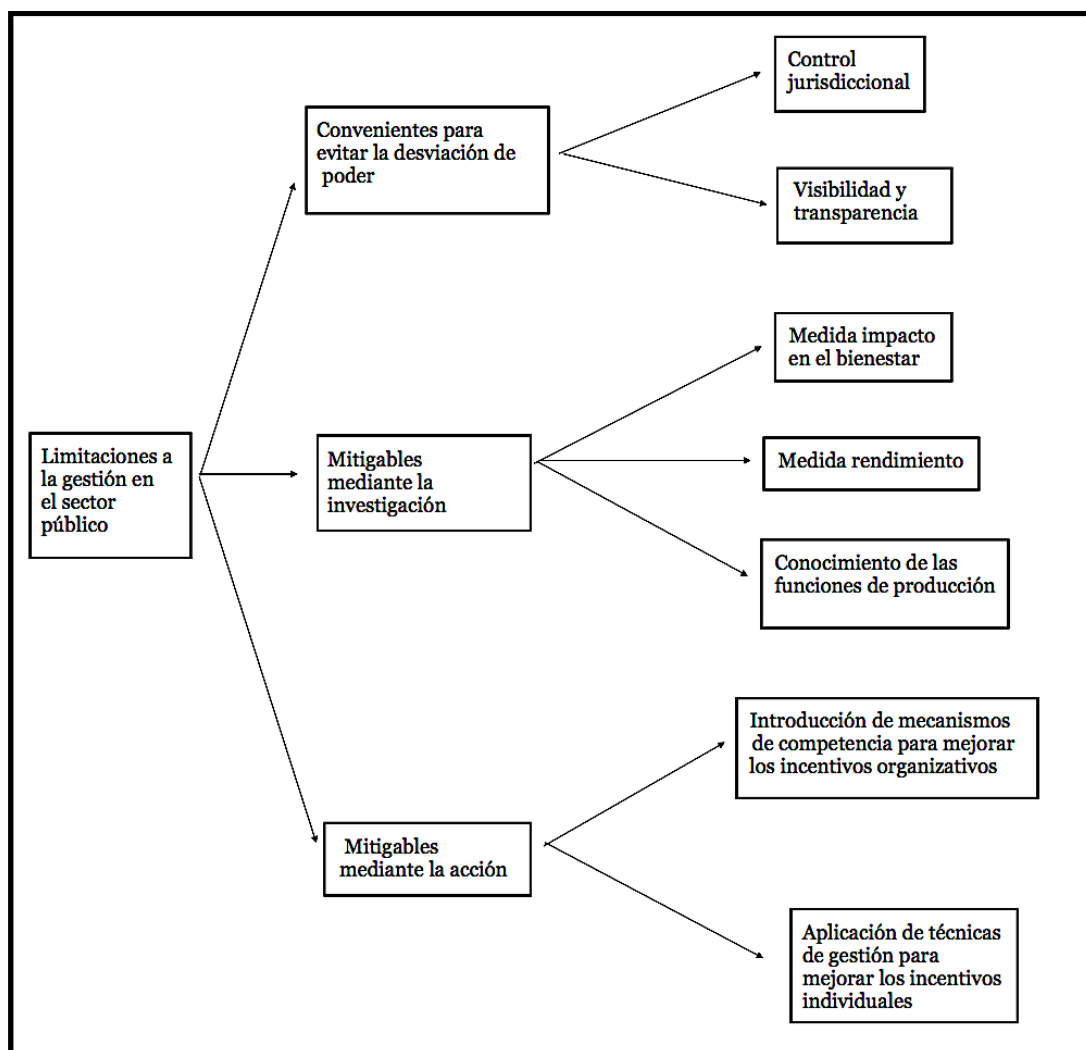
5. En último lugar, el control y monitorización de programas y procesos establecidos.

Los comportamientos de los responsables difieren según sea el contexto económico en el que operan. En un contexto expansivo del ciclo económico, la tendencia a ocultar la mala gestión se ampara en un incremento descontrolado de recursos para evitar fricciones en los procesos de negociación, crecimiento por aposición de nuevas capas de inversión, sin que en ningún momento se valore la posibilidad de realizar desimpresiones no útiles y escape al control por vías extrapresupuestarias.

En los periodos de crisis o de recesión económica, las características de los modelos mal gestionados son la inacción en todos los aspectos, incluso en los que requieren medidas. La tendencia a desprenderse de costes fijos mediante la externalización, que no es usada como un instrumento de gestión de acuerdo a los costes de organización, sino como elemento de erosión al sistema y escape a los controles del mismo por la vía post presupuestaria, ocultando gastos para evitar la crítica.

Señala Ortún (1995:8), que debe discernirse entre las limitaciones de la gestión en el sector público, “*algunas deben ser investigadas (impacto sobre el bienestar por ejemplo), otra mejoradas (visibilidad y transparencia), y sólo aquellas que constituyan rémoras del pasado que no sirven al interés común han de modificarse*”. (Gráfico IV.76)

Gráfico IV.76. Tipos de limitaciones a la gestión en el sector público



Fuente: Ortún (1995)

Propone dos familias de limitaciones mitigables por la gestión pública: la falta de incentivos organizativos y la falta de incentivos individuales. La primera de ellas se sustenta sobre tres hechos: la falta de competencia, el hecho de que el pagador no es el paciente y de la imposibilidad de quiebra.

La segunda de las familias de limitaciones deriva de la imposibilidad de apropiación del excedente y de la imposibilidad de practicar despidos.

4.7.4. Profesionalización

El código de buen gobierno de la sanidad vasca⁵⁵ apuesta por la profesionalización como elemento imprescindible: *“Profesionalizar la función gestora para que sea más eficaz, y cuente con mayor legitimidad y autoridad, seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora por procedimientos en los que exista concurrencia pública, participación de los respectivos Consejos de Gobierno, y en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente”*. (Apartado 2.6:2).

Para ello, el modelo de selección de los gestores es determinante, abandonar los modelos de clientelismo político significa, en la práctica, ceder la potestad de designación del gobierno en otros órganos de gobierno participados por diversos actores y que deben crearse en todos los niveles de gobierno del sistema.

“El proceso de selección de los directivos para puestos de especial responsabilidad a cualquier nivel de las organizaciones de Osakidetza/SVS, ha de basarse fundamentalmente en datos objetivos de la profesionalidad e idoneidad para el cargo, a través de procedimientos reglados de selección en los que exista concurrencia pública, participación de los respectivos consejos de gobierno y, en su caso, de los órganos de asesoramiento personal”.(apartado 5.3.:8).

Repullo (2015) defiende los criterios de competencia social para lograr el buen gobierno de la política sanitaria. Destacan seis puntos:

1. Contribuir a hacer instituciones más responsables.
2. Creando diálogo entre interlocutores sociales.
3. Desarrollando sistemas de información y evaluación.
4. Promoviendo la cultura de mayor calidad entre ellas instituciones y la sociedad.
5. Impulsar liderazgos impregnados de buen gobierno y de funcionamiento eficiente de los organismos sanitarios.
6. Establecer equipos y formas de trabajo que permitan la delimitación de responsabilidades.

Como hemos expuesto, el comportamiento de la burocracia puede ser una fuente de ineficiencia, el cambio en el modelo de funcionamiento debe incorporar dos elementos, de una parte, introducir carácter innovador en la forma de afrontar nuevos retos y problemas,

⁵⁵ http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osk_codigo_buen_gobierno/es_osk_adjuntos/buengobierno.pdf

y de otra, impulsar nuevas fórmulas educativas que converjan en la promoción de nuevas capacidades para afrontar esos nuevos problemas no convencionales.

Desde la nueva economía institucional, Williamson (1999) aplicó el planteamiento de los costes de transacción al funcionamiento de la burocracia. Plantea que esta es positiva para algunas transacciones y negativa para otras.

Su visión es optimista, deduce que hay posibilidades de mejora del funcionamiento burocrático que alcancen mejores cotas de eficiencia, pero requiere otras formas de gobernanza.

La profesionalización en el sistema sanitario de las tareas directivas es una máxima del buen gobierno aplicado a una buena gestión.

La buena gobernanza pública, y en concreto el buen gobierno sanitario, debe superar los planteamientos de la economía neoclásica y abordar la mejora de su eficiencia desde nuevas ópticas, como la que ofrece la NEI. Ostrom (1990) ha dedicado gran parte de sus análisis al estudio de la mejora de la gobernanza pública en la gestión de bienes públicos y de propiedad común.

Demostró que la centralización y el control estatal no son garantía de mayores niveles de eficiencia. Sin embargo, la descentralización de la gestión, incorporando procesos políticos marcados por la participación puede convertir “la tragedia de los bienes comunales” en una oportunidad colectiva.

Sólo la transformación de nuevos marcos institucionales surgidos desde abajo, que incorporen la implicación de los individuos en la oferta de los bienes públicos y que permita superar problemas como el del *free rider*. En definitiva, se trata de crear una nueva cultura no sólo político-administrativa, sino también cívica y ciudadana de compromiso con los servicios públicos.

V. CONCLUSIONES

“La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a una escala más amplia”.

Virchow (1848)

Esta investigación tiene como objetivo aportar alguna luz que aclare los términos sobre los que debe desarrollarse el debate acerca del futuro del derecho a la salud.

Desde el inicio se plantean tres interrogantes de cuya respuesta depende el modelo de protección de la salud que se debería configurar en el futuro: Qué desea la sociedad, qué se puede permitir y cómo garantizar la cobertura de lo esencial del derecho de acuerdo a las preferencias sociales. El reto en el futuro es como organizar y asignar los recursos disponibles de manera que se garantice la sostenibilidad del sistema y el desarrollo de una protección de la salud que satisfaga las expectativas sociales, es decir el derecho a la salud como derecho fundamental.

Resumimos a continuación las principales conclusiones, articuladas en torno a estas tres preguntas, que son también los objetivos específicos de investigación que nos han guiado en el desarrollo del trabajo.

A) EL DERECHO A LA SALUD

¿Cuáles son los deseos, expectativas, preferencias y aspiraciones de la sociedad y los ciudadanos en relación a la protección de la salud?; y cómo se han ido articulando el alcance y los contenidos del derecho a la salud desde la perspectiva evolutiva de los derechos humanos y la legitimación política y social?

En lo que se refiere a la primera de las cuestiones sobre los deseos y preferencias de la sociedad, se analiza el patrón de modelo de convivencia aceptado en las sociedades occidentales y, en concreto, en la española. El análisis observa tres puntos de vista diferentes: filosófico-político, jurídico y finalmente, un contraste empírico con la opinión de los españoles.

El **derecho** recoge los valores, convicciones y contraprestaciones exigibles en las relaciones individuales y colectivas, por tanto, el reconocimiento jurídico internacional y

español de la protección de la salud es un indicador de las preferencias conceptuales de una sociedad.

Después de realizar un repaso sobre el grado de reconocimiento en el derecho positivo de la protección de la salud, podemos concluir que queda claramente establecida la relación entre la salud y los valores sociales, los derechos fundamentales, y el amplio nivel alcanzado de su protección en los sistemas jurídicos.

En el caso español, hay un anclaje constitucional para el derecho a la protección de la salud, que sin formar parte del núcleo duro de los derechos fundamentales, se desarrolla como principio rector de la política social y económica. La diferencia no es menor, sobretodo en lo que se refiere a las consecuencias sobre sus garantías y exigibilidad.

Desde esta perspectiva, se profundiza el análisis y se identifica un ámbito de debate sobre la distinción entre derechos civiles y políticos, denominados de primera generación por su génesis histórica, y los derechos económicos, sociales y culturales, llamados de segunda generación, entre los cuales se ha desarrollado el derecho a la salud. Pese a los prejuicios sobre la preeminencia de los primeros sobre los segundos, no hay evidencias reales de dicha jerarquización por la naturaleza de los derechos.

En nuestro recorrido por los distintos argumentos utilizados por quienes consideran que los derechos fundamentales deben circunscribirse a los derechos civiles y políticos, obtenemos como conclusión la debilidad de todos los razonamientos y la conexión del derecho a la protección de la salud con los valores de igualdad, libertad y dignidad siendo un derecho indivisible de otros.

Por tanto, podemos concluir que no hay razones de tipo histórico, de estructura del derecho, axiológicas, económicas, ni de otro ámbito que impida asimilar el derecho a la protección de la salud a los derechos civiles y políticos recogidos en el título I de la CE.

Se ha intentado hacer una revisión de la incorporación del derecho a la salud en los ámbitos constitucionales nacionales para intentar observar cómo se traducen los acuerdos y declaraciones internacionales al derecho interno de los estados, pero la escasez de publicaciones en este ámbito impide una mayor pormenorización. La publicación más adaptada a nuestra investigación es el artículo de Heimann et al. (2013) "*Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries*".

Trasciende los objetivos de esta investigación, por tanto no se ha profundizado más, no obstante es una línea de investigación futura importante y necesaria. El interés radica en dos líneas:

De una parte la diversidad de contenido con la que se incorpora el derecho a la salud a los marcos constitucionales, de otra, el gap entre lo legislado y su traslación a la aplicación y exigibilidad.

Todo sistema jurídico tiene su origen en los instrumentos para legislar de que dispone una sociedad, preferentemente parlamentos democráticos y, por tanto, mayorías ideológicas que responden a los principios compartidos mayoritariamente en un momento determinado y refleja un concepto de justicia. Establece cómo alcanzar soluciones que conduzcan a situaciones justas cuando existe conflicto entre personas. Ordena la convivencia y las relaciones entre individuos de acuerdo a un criterio de justicia. En ese sentido, la influencia de las corrientes filosóficas en el pensamiento de la sociedad y en el derecho es muy relevante.

Se evidencia un vivo **debate filosófico y político** que apunta a la importancia creciente del enfoque rawlsiano para explicar las políticas de bienestar social ampliamente aceptado por la sociedad.

En el **análisis empírico de las preferencias** de los españoles, sorprende la enorme fortaleza y estabilidad del apoyo de los españoles al derecho a la salud y al mantenimiento de un sistema público de cobertura sanitaria financiado con impuestos. El apoyo es transversal a clases sociales, ideologías y opciones políticas, lo que supone un consenso más elevado incluso que el constitucional y configura un capital muy importante de legitimación social.

El 85,8% de los españoles prefiere un sistema sanitario público financiado con impuestos, más allá de ideologías (89,4% de los votantes de izquierda y el 83,7% de los votantes de derecha) y de status socioeconómico (más del 80% de las clases medias y media alta y casi el 90% en las capas trabajadoras).

Como respuesta al primero de los interrogantes, se concluye que lo que la sociedad desea es un modelo de justicia social impregnado por el liberalismo igualitario rawlsiano. En el caso español, el derecho a la salud goza de un consenso social tan elevado como los derechos civiles y políticos, por tanto debe formar parte de los derechos fundamentales con las garantías constitucionales de su desarrollo que ello conlleva.

B) LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

¿Con qué recursos, quién y de qué modo se pueden garantizar las aspiraciones sociales y hacer efectivo el Derecho a la Salud?; y en particular, ¿qué nos aporta la economía para entender la cobertura por el mercado o el estado de los bienes y servicios sanitarios, y explicar las alternativas de prestación en términos de eficiencia y equidad?

La segunda cuestión se plantea en torno a la posibilidad real de cumplir con la expectativa que manifiesta de manera abrumadora la sociedad española.

Desde el punto de vista **económico** se han planteado varios interrogantes:

1.-¿El mercado por sí solo asigna eficientemente los recursos en la satisfacción de la necesidad sanitaria?

La intervención del Estado ha estado latente en gran parte del debate económico desde los economistas clásicos. Contra lo que suele creerse, estos amparaban la responsabilidad moral por el bienestar de los demás, e incluso un cierto nivel de intervencionismo de los poderes públicos para paliar el infortunio.

Este enfoque se ensancha en el debate entre neoclásicos y keynesianos, se materializa con el proceso de creación de la Seguridad Social, de los primeros sistemas de atención sanitaria, y la generación tras la Segunda Guerra Mundial de los "estados de bienestar" en casi todos los países que participaron en la misma. En Estados Unidos se produce una historia divergente, esto tiene como consecuencia que sea Europa prácticamente el único

lugar donde se consolida el sistema público de prestaciones que se ha denominado Estado de Bienestar.

Las conceptualizaciones de los **bienes públicos y los bienes preferentes** han tenido un importante desarrollo en el debate de economía política, y configuran un marco para analizar la intervención del Estado: en particular los fallos del mercado se producen en varias dimensiones de los servicios de salud (tanto en los bienes públicos estrictos de la salud pública, como en los bienes preferentes que ameritan el desarrollo del aseguramiento público u obligatorio de los riesgos de salud de los individuos).

En el análisis se evidencian **fallos en el mercado** sanitario relativos a la naturaleza de los servicios que se prestan (valores, externalidades y conveniencia social de mayor utilización como bien de mérito), a la débil soberanía del consumidor (asimetría de información y distorsiones), a la incertidumbre en la incidencia y el coste de la enfermedad (riesgos inciertos y con asimetrías), a la dificultad contractual con los profesionales por la asimetría institucional de la relación con las profesiones, por la gran especificidad de activos y otras barreras para entrar y salir del sector, y por la no alineación de los objetivos debido a las relaciones múltiples de agencia que se producen en la sanidad. Todos estos elementos justificarían el amplio, generalizado e intenso intervencionismo de los poderes públicos en el mercado sanitario.

La conclusión es que el mercado por sí sólo no asigna eficientemente y además produce graves fallos en la equidad; por tanto deben intervenir los poderes públicos.

2.-¿Pero, la intervención del Estado asegura una asignación de los recursos eficiente y, al tiempo, respetuosa con la equidad?

Es necesario complementar el enfoque anterior con los costes de la intervención pública, en los llamados "**fallos del Estado**". La revisión de la literatura, y su aplicación al ámbito de la sanidad, permite identificar problemas relativos a la eficiencia productiva, la rigidez (o falta de flexibilidad organizativa) ante los cambios sociales y tecnológicos, la interferencia política (clientelismo electoral, corrupción, ocupación de la administración...), la interferencia burocrática de un sector ampliamente dominado por burocracias administrativas y funcionales vinculadas a grupos profesionales (médicos, especialistas, etc.).

La intervención pública no es ajena a problemas de eficiencia, algunos comunes con el mercado privado, otros propios de las características del sector público.

Pero la solución no es la vuelta al mercado. En primer lugar, porque las obligaciones que el CESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas) establece para los Estados en relación con la protección de la salud, condicionan la necesidad de los mismos para lograr mejores cotas de eficiencia en la actividad financiera de sus Haciendas.

En segundo lugar, porque es necesario explorar nuevos instrumentos de perfeccionamiento del sector público y, en concreto de la gestión sanitaria. Los compromisos y el volumen de gasto sanitario en la mayoría de los países hacen aconsejable continuar el camino de la mejora de la eficiencia en el sector público.

La conclusión es que el mercado no es capaz de garantizar el derecho a la protección de la salud. Los fallos que genera el mercado requieren la intervención del Estado, que a su vez tiene fallos relacionados con la eficiencia cuando interviene en el sistema sanitario, aunque evita los fallos en equidad.

C) LA GARANTÍA SOSTENIBLE DEL DERECHO A LA SALUD

¿Cómo implementar estas garantías cuando se erosiona la capacidad financiera pública, cambian las necesidades sanitarias?; y de forma más específica: ¿Cómo enfrentar el desafío a la sostenibilidad sanitaria en España, desde la perspectiva de la protección constitucional e institucional del Derecho a la Salud?.

Llegamos al tercer gran interrogante que se plantea esta investigación acerca de cómo mejorar la provisión pública y subsanar parte de su pérdida de eficiencia.

Hacer sostenible el sistema sanitario, lograr la síntesis entre las preferencias de la sociedad y las posibilidades reales de la misma requiere un cambio de paradigma.

La protección de la salud debe ser abordada desde una perspectiva más amplia que la asistencia médica y sanitaria, de esta manera se podrán aislar los factores que influyen en la misma y, por tanto, en los costes de mantener un determinado grado de salud.

La teoría de los "**determinantes de la salud**" está bien establecida en el ámbito de la epidemiología, salud pública y sociología sanitaria, y apunta a una serie de dimensiones de actuación que van más allá de la atención a los problemas de salud individuales y se proyectan hacia los hábitos, comportamientos y cultura; el medioambiente (físico, climático...) tiene un amplio efecto, así como la macro-estructura social, laboral, económica y política. Las amplias evidencias de la determinación social de la salud avala nuevos enfoques para la política sanitaria.

La salud de la población y la efectividad de las intervenciones médicas, tanto para mejorar la supervivencia como para controlar la natalidad, han modulado en el pasado la **evolución demográfica**.

La sociedad española se incorpora a la estructura demográfica europea con cierto retraso. La primera transformación fue la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Se ha incorporado como **Anexo I** una detallada descripción histórica de la lenta y contradictoria convergencia demográfica de España con Europa.

Pérez Moreda et al. (2015: 370 y ss) establecen que los determinantes que más han incidido en el descenso de la mortalidad española y la transición demográfica desde el régimen antiguo hasta la actualidad han sido: el crecimiento económico, la mejora de la eficacia del Estado, las novedades introducidas en los sistemas sanitarios y las transformaciones que se producen a nivel social, cultural, de valores y en la familia. En realidad distingue entre dos tipos de factores: Económicos y extraeconómicos. Pérez Moreda et al. (2015:290).

Los factores económicos son aquellos que vienen inducidos por la mejora de los ingresos de una sociedad, actúan a través de la nutrición, la educación⁵⁶, o los recursos públicos para la construcción de infraestructuras sanitarias.

Entre los factores extraeconómicos, Pérez Moreda señala los descubrimientos científicos o factores de naturaleza demográfica como el tamaño y densidad de los núcleos de población.

Una vez controlada la etapa de mortalidad por causas infecciosas, el reto es disminuir la mortalidad por enfermedades crónicas.

Como conclusión, se observa que la calidad del sistema sanitario es un factor relevante en el nivel de salud de la población, que gran parte de la evolución demográfica se ha debido a las mejoras económicas y que el reto de mejorar la salud en el futuro requiere una visión de la salud más amplia que la meramente asistencial médica.

En el estudio demográfico realizado en el anexo I, también se identifican los nuevos problemas en la sostenibilidad del Estado de Bienestar en el nuevo régimen demográfico caracterizado por baja natalidad y fecundidad, mayor longevidad, y con un factor económico añadido: la migración de población joven tras la crisis de 2008.

Envejecimiento de la población, cronicidad de las enfermedades, pluripatologías y la merma de recursos como efecto del declive económico y fiscal configuran el escenario del futuro inmediato.

Se establece claramente la tendencia creciente del gasto sanitario público y total, con incrementos tendenciales superiores al del PIB, y por lo tanto, incrementando el porcentaje de renta dedicado a esta función. Esta tendencia de las últimas décadas ha tenido un estancamiento en buena parte de los países por la crisis económica iniciada en 2008, y en algún país como España, se ha producido un decrecimiento neto tanto en capacidad de compra como en porcentaje del PIB.

La tendencia alcista a largo plazo del gasto sanitario, tanto público como de las familias, se cimenta en el cambio en las necesidades de salud debido a intervenciones diagnósticas y terapéuticas de alto coste; también a las menos caras pero que con baja efectividad medicalizan el malestar y pueden crear más problemas que los que resuelven en una inercia del uso excesivo de medicamentos.

La cronicidad y fragilidad de los pacientes es un propulsor del coste, especialmente si no se cambia la lógica de atención y cuidados; la complejidad de la medicina con sus subespecializaciones encarece los servicios y reduce la efectividad de las acciones, implicando crecientes costes de organización; y también algunos programas preventivos de inmunización y cribado (de altos costes al orientarse a poblaciones y grandes grupos sociales) son mucho menos efectivos de lo inicialmente pensado, e incluso pueden llegar a ser contraproducentes.

Los resultados en salud en el nivel agregado, muestran que en la comparación entre países, tras un gasto total de 1000 \$PPP la esperanza de vida se estabiliza y la curva se aplana; en la comparación longitudinal de los países a lo largo del tiempo, no es tan visible la reducción de las ganancias en salud, pero se torna verosímil la hipótesis de reducción de los rendimientos marginales en salud al aumentar el gasto sanitario, lo que implica que la estrategia de hacer más de lo mismo puede ser poco sostenible, y por ello se buscan nuevos

⁵⁶ Por ejemplo, la educación de las mujeres es muy importante en la caída de la mortalidad infantil.

abordajes para la mejora de la salud. Los gráficos IV.50, IV.51 y IV.52 son muy descriptivos.

El logro de resultados significativos en la mejora de salud debe centrar sus esfuerzos en desplazar hacia la izquierda la curva de producción de salud. (Gráfico IV.70).

Estos cambios en la función de producción constituirían el desafío de sostenibilidad interna que implicaría: hacer correctamente las cosas correctas y ser capaces de discernir entre las innovaciones que consiguen un mayor impacto en salud, y desinvertir en las que no añaden valor.

La sostenibilidad interna está relacionada con la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a la enfermedad. También la propia organización de los recursos es decisiva en el coste de funcionamiento. Pero cada estado tiene un sistema asistencial médico que, en parte, es resultado de la evolución histórica y marcan ciertas especificidades que deben ser contempladas a la hora de intentar mejorar los resultados en salud.

En el **Anexo II** se reseña la evolución centenaria de la sanidad española y el proceso de construcción del actual Sistema Nacional de Salud. Existen dos condicionantes sobre el presente y el futuro: por una parte la singularidad de un origen como subsistema sanitario de la seguridad social que se universaliza por etapas mediante la extensión de la acción protectora sanitaria desde la transición a la democracia, culminando en 2011 con la formalización legal de la condición de ciudadanía, que fue retirada en 2012 para volver al clásico concepto de asegurado y beneficiario.

Por otra parte, un elemento clave en la sostenibilidad del sistema tiene que ver con la gestión descentralizada en CCAA con financiación no finalista del Estado. Si bien este trabajo no puede abordar el segundo componente de la descentralización autonómica, dada la extensión y complejidad que supondría, si se reseña que ambos elementos ilustran la debilidad institucional del llamado Sistema Nacional de Salud, que se plasma en la ambivalencia del texto Constitucional en relación al derecho a la salud y su doble configuración en los artículos 41 y 43.

La debilidad institucional y la tensión añadida que supone la expansión y diversificación de las necesidades, plantea una reflexión sobre cual debe ser el contenido a proteger en relación a la salud.

Las medidas adoptadas para frenar el crecimiento de gasto han suscitado controversia y rechazo en diversos sectores. La reducción de la población protegida, la implementación de copagos y los recortes en prestaciones son las tres líneas seguidas por el gobierno.⁵⁷ Los efectos secundarios de este paquete de medidas sobre la salud son negativos, se necesita una lógica de racionalidad en la mejora de la eficiencia.

Ante la controversia que puede surgir en el cruce de debates, por un lado sobre la sostenibilidad externa y, por otro, el incremento de servicios demandados por la sociedad, parece preciso avanzar en la definición de los contenidos mínimos esenciales que debe incorporar el derecho a la protección de la salud.

⁵⁷ En el momento de elaboración de este trabajo el gobierno, que se enfrenta a unas elecciones en los próximos meses ha anunciado desandar el camino recorrido en materia de reducción de personas protegidas en relación a los inmigrantes no regularizados

En esta investigación se avanza una propuesta que intenta jerarquizar las necesidades sanitarias haciendo corresponder niveles de protección diferentes según el rango de prioridad asignado.

Los niveles de protección requieren diferente blindaje jurídico que imponga diferentes niveles de obligación a los poderes públicos, la propuesta que evacua este trabajo es de tres niveles diferentes:

El máximo grado de protección, que requiere un nivel de garantía propio del “Sancta sanctorum” de los derechos fundamentales, parafraseando a Amartya Sen.

El segundo nivel de necesidad requiere un sistema de protección tutelado por el poder judicial. En este caso, el gobierno debe depositar en el legislador la carga de la prueba para reducir la protección existente en un momento determinado.

En último lugar, el nivel de protección más débil, se reserva para el caso en que el legislador inicie la incorporación de prestaciones de bajo nivel de necesidad. Se trata de una protección selectiva, en este caso se trata de preservar lo esencial del sistema que pudiera ser puesto en riesgo por incrementos onerosos para atender prestaciones no esenciales. Se trata de una protección selectiva, en este caso el legislador incorpora prestaciones de bajo nivel de necesidad, se le exige la carga de la prueba de argumentar las razones específicas de su inclusión.

En lo que se refiere a la tipificación de las necesidades, en esta investigación se ensaya una ordenación de la necesidad en tres dimensiones: el perjuicio individual del paciente, el perjuicio social, afecta a la cohesión, bienestar y desarrollo de la sociedad, y por último, el perjuicio económico, que se traduce en la ruina y erosión de la solvencia económica de individuos y familias.

La propuesta representa un nuevo paradigma de cómo ordenar las necesidades y las obligaciones de los poderes públicos para consolidar la sostenibilidad externa e interna de la protección de la salud. Reproducimos la tabla :

Propuesta de jerarquización del derecho a la salud según tipología de necesidades

	Perjuicio Individual	Perjuicio Social	Perjuicio Económico
Protección Reforzada	Vida Daño	Contagio	Ruina Disgregación
Protección Tutelada	Malestar	Descapitalización social Alarma	Inequidad
Protección Selectiva	Contrariedad	Decepción	Inconveniencia

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, aunque no es el objeto directo de esta tesis, se abordan indicativamente los problemas de racionalidad formal, de los métodos y marcos institucionales para organizar el Sistema Nacional de Salud. Estos principios y criterios formales que afectarían a cómo

gestionar los servicios públicos, posiblemente no tuvieran un alto o fácil acomodo en el marco Constitucional; pero conectan claramente con el debate del Buen Gobierno y la profesionalización como métodos para mejorar el desempeño de los servicios públicos de salud, y de esta forma reforzar su eficiencia social, y colaborar en la efectiva realización de los derechos de protección de la salud y a la sostenibilidad interna de la sanidad pública.

Sin una nueva cultura de compromiso con los servicios públicos, de respeto ético al bien colectivo, de conciencia de que los bienes públicos, a pesar de no tener un precio de mercado, tienen un gran valor y su coste de oportunidad es en la mayor parte de las veces impagable, sin todos esos elementos de buen gobierno y buena gestión, los demás esfuerzos serán, probablemente insuficientes.

Como conclusión final, un cambio de paradigma hacia un sistema público sanitario debilitado en favor de una mayor participación del mercado libre no parece posible desde el punto de vista del ordenamiento jurídico porque significaría circular en sentido contrario al del ordenamiento jurídico internacional y tampoco gozaría de la legitimidad social que necesita un cambio de modelo de esas características.

El mercado es incapaz por si mismo de satisfacer la necesidad social que representa la protección de la salud generando problemas de eficiencia y de equidad. La intervención pública que emerge como instrumento para eliminar los fallos del mercado, resuelve los problemas de equidad pero presenta fallos de eficiencia también.

Sin embargo, el único camino para corresponder la demanda social es la garantía del Estado en cuanto a la equidad y la mejora de la sostenibilidad interna, mediante el buen gobierno, y externa, mediante la clarificación de las obligaciones del Estado dotando de n contenido mínimo esencial el derecho a la protección de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerloff, G. A. (1980): "The market for lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of economics*, vol. 84, nº 3, pp: 488-500.
- Abendroth, W.; Forsthoff, E.; Doehring, K. (1986): "El Estado del derecho democrático y social como proyecto político". *El Estado Social*. Madrid. Centro de Estudios Constitucionales.
- Adler, N. (2006): "Health disparities: monitoring, mechanism, and meaning". En *NIH Conference on understanding and reducing health disparities: contributions from the behavioral and social sciences*. Bethesda. Maryland, p: 23. <http://obssr.od.nih.gov/healthdisparities/presentation.html>
- Albi Ibáñez, E.; González Páramo, J.M. y Zubiri, I. (2011): *Economía Pública I*. Barcelona: Ariel
- Alexy, R. (2007): *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales (2ª ed.)
- Álvarez, A. V. (1951): "Terminología y morfología del mercado". *Revista de Economía Política*, vol, 4, nº 2.
- Álvarez González, E M. (2007): *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública. Sistema de prestaciones y coordinación sanitaria*. Granada: Comares.
- Álvarez Rosete, A. (2004): "Bienvenido Mr Beveridge! El viaje de William Beveridge a España y la previsión Social Franquista". *International Journal of Iberia Studies*, vol. 17, nº 2.
- Andrés Álvarez, V. (1954): "La economía y la Seguridad Social". *Instituto Nacional de Previsión*. Madrid. [Recogido en "*Libertad económica y responsabilidad social*". [Centro de publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1991, p. 98]
- Andrés Alvarez, V. (1991): "Inseguridad económica y Seguridad Social". En *Libertad económica y responsabilidad social*. Edición a cargo de García Delgado, J.L. y Sánchez Hormigo, A. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp: 115-128.
- Andrés Gallego, J. (1984): "Pensamiento y acción social de la Iglesia en España". *Centro de publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, pp: 121-122.

Appleby, J.; Ham, C.; Imison, C.; Jennings, M. (2010): "Improving NHS productivity". *The King's Fund*, http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving_nhs.html (Appleby 2010).

Arber, S. (1997): "Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s". *Social Science & Medicine*, n° 44, pp: 773-787.

Armengaud, A. (1973): *Population in Europe, 1700-1914*. Londres: Carlo M. Cipolla.

Arpino, B.; Esping-Andersen, G. y Pessin, L. (2013): "La fecundidad y la difusión de los valores de igualdad de género", en *El déficit de natalidad en Europa. La singularidad del caso español*. Barcelona: Obra Social La Caixa. Colección Estudios Sociales, n° 36.

Arrow, K. (1951): *Social choice and Individual Values*. John Wiley & Sons, Inc., New York, Chapman & Hall: London, USA

Arruñada B. (2000) "La regulación de los servicios profesionales: Una guía para las decisiones públicas en tiempos de cambio" ,*IUDEM*, documento de trabajo 2000-6, año 2000

Barberá, S., (1979): *El sector público en las economías de mercado*. Buchanan, Fuentes Quintana, Giersch y otros. Madrid: Espasa Calpe.

Barberá, S. (1979): "El papel del Estado en la asignación de recursos: Algunas recomendaciones desde la teoría económica" en J. M. Buchanan, et al. (eds.). *El Sector Público en las Economías de Mercado*. Madrid: Espasa Calpe.

Bator, F. (1958): "The anatomy of market failure". *Quarterly journal of economics*, vol 72, n° 3, pp: 351-379.

Becker, S. G. (1983): "A Theory of Competition Among Pressure Groups for Political Influence". *Quarterly Journal of Economics*, vol. 98, n°3, pp: 371-400.

Beloch, J. (1908): *La popolazione dell'Europa nell'antichità, nel Medioevo en el Rinascimento*, Turín: Utet.

Bergson, A. (1938): "A reformulation of certain Aspects of Welfare Economics" *Quarterly Journal Economic*, n° 52, pp: 314-344.

Bernal, E.; Campillo, C.; González López-Valcárcel, B.; Meneu, R.; Puig-Junoy, J.; Repullo, J.R.; Urbanos, R. (2011): "La Sanidad Pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable". Documento de Debate de la Asociación de Economía de la Salud. 2011. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf

Bernis, F. (1923): *Las consecuencias económicas de la guerra*. Madrid: Estanislao Maestre.

Beveridge, W. (1942): "Social Insurance and Allied Services". *Beveridge Report*. (CMD 6404). London: HMSO.

Beveridge, W. Sir (1942): Informe de Sir Williams Beveridge. Informe sobre Seguros Sociales y Servicios Afines. Presentado ante el Parlamento en noviembre 1942.

Blaug, M. (2001): *Teoría económica en retrospectiva*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.

- Bobbio, N. (1991): *El tiempo de los derechos*. Madrid: Sistema.
- Bobbio, N. (1995): *Derecha e izquierda. Razones y significados de una distinción política*. Madrid: Taurus.
- Bondía García, D. (2013): “La exigibilidad del derecho a la salud en situaciones de crisis sanitarias”. En Bonet Pérez, J., Saura Estapá, J., (Eds). *El Derecho internacional de los derechos humanos en periodos de crisis. Estudios desde la perspectiva de su aplicabilidad*. Madrid: Marcial Pons.
- Bonet Pérez, J.; Saura Estapa, J. (Dirs.), VV.AA. (2013): *El derecho internacional de los derechos humanos en periodos de crisis. Estudios desde la perspectiva de su aplicabilidad*. Madrid: Marcial Pons.
- Bradford, W. David y Martin, Robert E. (1995): “Supplier-Induced Demand and quality competition: An empirical investigation”. *Eastern Economic Journal*, vol, 21, nº4.
- Bradshaw, J.R. (1972): ‘The taxonomy of social need’, in McLachlan, G. (ed). *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford University Press. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/JRB.pdf>
- Braeutigam, R. y Panzar, J. (1989): "Diversification Incentives Under Price-Based and Cost-Based Regulation". *Rand Journal of Economics*, nº 20, pp: 373-391.
- Buchanan, J. (1960): *Fiscal Theory and Political Economy: Selected Essays*. University of North Carolina Press, USA.
- Buchanan, J. (1974): *The limits of liberty: between anarchy and Leviathan*". Chicago: Univ. Chicago Press.
- Buchanan, J. M. (1965): “An economic Theory of Clubs”. *Economica*, nº 32, pp:1-14.
- Buchanan, J. M. (2009): *Los límites de la libertad. Entre la Anarquía y el Leviatán*. Madrid: Katz Editores. (1ª ed.).
- Buchanan, J. M. y Craig Stubbleine, W. (1962): “Externality”. *Economics*, pp: 371-384.
- Buchanan, J. M. y Tullock, G. (1962): “The calculus of consent”. *Logical Foundations of constitutional Democracy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Buchanan, J. M.; Marilyn. R. F.; Ruza, J. y Castro, F. (1982): *Introducción a la Ciencia de la Hacienda Pública*. Madrid: Editoriales de Derecho Reunidas.
- Buchanan, J.M. (1968): *The demand and Supply of Public Goods*. Chicago: Ran McNally.
- Buchanan, J.M.; Fuentes Quintana, E.; Giersch, H. y otros. (1979): *El Sector Público en las Economías de Mercado (Ensayos sobre el Intervencionismo)*. Madrid: Espasa Calpe.
- Buchanan, J.M.(1975): “The samaritan `s dilemma”, in E.S. Phelps (ed.). *Altruism, Morality, and Economic Theory*. New York: Russell Sage, pp: 71-85.
- Calot, G. (1995): *La fecundidad en España. Evoluciones previas y perspectivas de futuro. Las posibles acciones. El capital humano europeo en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Centro de Publicaciones.

Cantarero Prieto, D. (2007): “La sanidad en España” en *Cien años de protección social en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Cardon, James H.; Hendel, I. (2001): “Asymmetric Information in Health Insurance: Evidence from the National Medical Expenditure Survey”. *The Rand Journal of Economics*, vol. 32, nº3, pp: 408-427.

Caresmar, J. (1780): *Discurso sobre la Agricultura, Comercio e Industria, con inclusión de la consistencia y estado en que se halla cada Partido, o vequería de los que componen el Principado de Cataluña*. Barcelona: Alta Fulla.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986): Documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá.

Coase, R. H. (1960): “The problem of social cost”. *Journal of Law and Economics*, pp: 1-44.

Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2001): “Promoción de la Salud: concepto, estrategias y métodos”. En *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Elsevier Masson.

Comín, F. (2007): “Las fases históricas de la Seguridad Social en la España del S XX” en VVAA. *Cien años de protección social en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp: 641-694.

Commons, J. R. (1950): “*The Economics of Collective Action*”. New York: Macmillan, pp: 1-7.

Corona, J.F. y Menduiña, A. (1987): “Una introducción a la teoría de la decisión pública (“public Choice”)”. *Ministerio de Administraciones Públicas*

Corugedo de las Cuevas, I. (2005): “Fallos en el mercado en sanidad”. *Economía de la salud*. Pirámide.

Costa Alcaraz, A.M.; Calvo-Rigual, F. y Siurana-Aparisi, J.C. (2013): “La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria”, *Revista Española Salud Pública*; vol 87, nº 2, pp:137-147.

Cuesta Bustillo, J. (1988): “Hacia los Seguros Sociales obligatorios. La crisis de la restauración”. Madrid: *Centro de publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*.

Cutler, D.M, y Gruber, J. (1996): “Does public Insurance Crowd Out Private Insurance”. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 111, nº 2, pp: 391-430.

Cutler D., Skinner J., Stern A.D., Wennberg, D. (2013): “Physician Beliefs and patient preference: A new look at regional variation in health care spending”. Working paper series, 19320, Cambridge.

Chadwick, E. (1842): *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*. Conclusions. Reeditado en 1965 (Edimburgo, University Press).

Chesnais, J. C. (1986): *La transition démographique, étapes, formes, implications économiques*. París: INED.

- Chetail, V. (2011): "Théorie et pratique d'asile en Droit international classique: étude sur les origines conceptuelles et normatives du Droit international des réfugiés". *Revue Générale de Droit International Public*. Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo (IES), tomo 115, n° 3, pp: 625-652.
- Dahlgren, G, and Whitehead, M. (1991): "Policies and strategies to promote social equity in health." Stockholm: *Institute for Future Studies*.
- Dahlman, C. (1979): "The problem of externality". *The journal of law & economics*", vol. XXII, pp: 141-162.
- Dattaa Chaudhuri, M. (1990): "Market Failure and Government Failure". *The Journal of Economics Perspectives*, vol. 4, n° 3, pp: 25-39.
- De Lora, P. y Zuñiga Fajuri, A. (2009): *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*. Madrid: Iustel.
- De los Ríos, F. (1976): *El sentido humanista del socialismo*. Valencia: Elías Díaz.
- Debreu, G. (1951): "The coefficient of resource utilization". *Econométrica*, vol. 19, n° 3, pp: 273-292.
- Declaración de Estocolmo sobre el medio ambiente humano. Adopción: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano. Estocolmo, 5 al 16 de junio de 1972.
- Dever Alan, G. (1976): "Epidemiological Model for Health Policy Analysis". *Social Indicators Research*, n° 2, pp: 453-466.
- Diderichsen, F.; Evans, T. and Whitehead, M. (2001): "The social basic of disparities in health". In Evans et al. (Eds.). *Challenging inequities in health from ethics to action*. Nueva York: Oxford UP.
- Domenech, A. (2004): *El eclipse de la fraternidad. Una revisión republicana de la tradición socialista*. Barcelona: Crítica.
- Domínguez Ortiz, A. (1955): *La sociedad española en el siglo XVIII*. Madrid. CSIC.
- Doorslaer, E.; Wastgstaff, A. et al. (1999): "The distributive effect of health care finance in twelve OECD countries". *Journal of Health Economics*, n° 18, pp: 291-313.
- Downs, A. (1957): *An economic Theory*. Harper and Row, New York.
- Downs, A. (1967). *Inside Bureaucracy*. Boston: Little, Brown.
- Downs, A. (1973): *Teoría económica de la democracia*. Madrid: Aguilar.
- Droz, J., (et al.) (1979): *Historia general del socialismo. De 1875 a 1918*. Vol. II. Barcelona: Destino.
- Duque, Ignacio (2012): ¿Tienen alguna utilidad las ratios demográficas de dependencia para comprender y tomar decisiones sobre el desafío social del envejecimiento? Seminario "La reforma del sistema de pensiones en España". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (Texto posterior al Seminario de la Seguridad Social en la UIMP (Santander, Julio 2011). Antiguo título ("Indicadores sociodemográficos y desafío social del envejecimiento"))

Edwin, C. (1842): "Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain". *Chadwick's Report on Sanitary Conditions*, pp: 369-372.

Elliot, J.H. (1991): *España y su mundo (1500-1700)*. Madrid: Alianza Editorial.

Escribano Collado, P. (1976): *El derecho a la salud*. Instituto García Oviedo. Universidad de Sevilla.

Espuelas Barroso, S. (2013): "La evolución del Gasto Social en España, 1850-2005". *Estudios de historia económica*, nº 63. Madrid: Banco de España.

Evans, R. (1974): "Supplier-Induced Demand; some empirical evidence and implications". In Mark Perlman (ed.). *The economics health and medical care*. London and Basingstoke: McMillan.

Evans, R.; Barer, M. and Marmot, T. (1996). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los Determinantes de la Salud de las poblaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

Farrell, M. J. (1957): "The measurement of productive efficiency". *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, nº 120, pp: 253-290

Fernández Liesa, C.R. (2013): *El Derecho internacional de los derechos humanos en perspectiva histórica*. Pamplona: Civitas -Thomson Reuters.

Fernández Liesa, C.R. (1996): "Los derechos económicos, sociales y culturales en el orden internacional". En Fernández Liesa, C.R.; Mariño, F. (Dir. y Coords): *Política social internacional y europea*. Madrid: Universidad Carlos III/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fernández Pastrana, J. M. (1984): *El servicio público de la sanidad: el marco constitucional*. Madrid: Civitas.

Fernández Sarasola, I; Bastida, F. et al. (2004): *Teoría general de los derechos fundamentales en la Constitución Española de 1978*. Madrid: Tecnos.

Ferrajoli, L. (2001): *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Editorial Trotta.

Flinn, M.W. (1989): *El sistema demográfico europeo, 1500-1820*. Barcelona: Crítica.

Forsthoff, E. (1986): *Problemas constitucionales del estado social. El Estado social*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

Frank, J.P. (1941): "The People's Misery: Mother of Diseases". [Traducción del Latín e introducción de Henry Sigerist]. *Bulletin of the History and Medicine*, vol. IX, nº 1, pp: 81-100.

Frank, R. H. (1997): *Microeconomía y conducta*. Madrid: McGraw-Hill.

Freire Campo, J.M. (2011) "El buen gobierno: ¿Eslabón perdido en la calidad en el SNS español?" *Revista de de Calidad Asistencial*, 26 (4) pp: 211-214.

Freire Campo, J.M. (2006): "El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones". *Revista Claridad*. 2006, nº 7, pp: 31-45. Disponible en: <http://www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf>

- Frey, B.S. (1978): "Politico-Economic models and cycles". *Journal of Economic*, pp: 203-220.
- Friedman, M. y Friedman, R. (1980): *Libertad de elegir*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Fries, J. (1980) "Ageing, natural death and the compression of morbidity". *NEJM*, pp: 130-35. <http://aramis.stanford.edu/downloads/1980FriesNEJM130.pdf>
- Fuchs, V. R. y Kramer Marcia. J. (1972): "Determinants of expenditures for physician services in the United States". *National Bureau of Economic Research and Development*, 1948-1968. Occasional Paper 117.
- Fuchs V. (2004): "More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine". *Health Affairs*. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.104.short>
- Fuentes Quintana, E. (1987): *Hacienda Pública. Introducción y Presupuesto*. Madrid: Rufino García Blanco.
- Galbraith, J.K. (2009): *Historia de la economía*. Barcelona: Ariel.
- Galván, S. y Schwartz, M. (2002): "Teoría Económica y Credibilidad en la Política Monetaria". *Gaceta de Economía*, año 7, nº especial.
- García de Enterría, E. (1994): *La lengua de los derechos. La formación del derecho público europeo tras la revolución francesa*. Madrid: Alianza Universidad.
- García Fernández, J. (1965): *La emigración exterior de España*. Barcelona: Ariel.
- Gérard, C. (1995): "La fecundidad en Europa. Evoluciones previas y perspectivas de futuro. Las posibles acciones". En *El capital humano europeo en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Centro de Publicaciones.
- Gimeno Ullastres, J. A (2012): "Mercado y Estado: intervencionismo público". En *Unidades docentes de la Escuela Nacional de Sanidad*. Madrid, tema 1.1.
- Gimeno, J. A.; Repullo, J.R. y Rubio, S. (2006): *Economía de la Salud: Fundamentos*. Gimeno Juan A., Rubio Santiago y Tamayo Pedro (Eds). Madrid: Díaz de Santos.
- Goerlich Gisbert, F.J. y Pinilla de la Pallejà, R. (2006): *La esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Goleman, D. (1991): "Mortality Study Lends Weight to patient's opinion". *New York Times*, nº 21. *Pubmed*.
- González-Páramo JL, Onrubia J. (2003) "Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos". *Papeles de Economía Española*, 2003; (95): 2-23.
- González Posada, C. (1949): "Los Seguros Sociales obligatorios en España". *Revista de derecho privado*. Madrid. (3ª edición, puesta al día por Salvador Bernal Martín, publicada en Revista de Derecho Romano).
- González, M. J. (1979): *La economía política del franquismo (1940-1970): dirigismo, mercado y planificación*. Madrid: Tecnos.

- Guasch, J. y Spiller, P. (1999): *Managing the Regulatory Process: Design, Concepts, Issues, and the Latin America and Caribbean Story*. Washington D.C.: World Bank.
- Guillén, A. M. (1990): *El origen del estado de bienestar (1876-1923): El papel de las ideas en la elaboración de políticas públicas*. Madrid: Instituto Juan March.
- Hausermann, J. (1992): "The realisation and implementation of economic, social and cultural rights". *Economic, social and cultural rights: Progress and Achievement*. Beddard, R., & Hill, D., (Eds). MacMillan.
- Hayek, F. (1976): *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza.
- Hernández Yañez, J. (2005): "SNS y vinculación de los agentes profesionales" en *Un nuevo contrato social*. Repullo Labrador, J.R. y Otero Ochoa (eds). Barcelona: Ariel, pp: 199-214.
- Heyman, J., Cassola, A., Raub, A., y Mishra, L. (2013) "Constitutional Rights to Health, Public Health and medical care: The status of health protections in 191 countries", *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 8-6, 639-653 en <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2013.810765>
- Hidalgo, A. (2005): "Mercados competitivos, son posibles en sanidad?" *Economía de la salud*. Pirámide.
- Hobsbawm, E. (1999): *Historia del siglo XX. 1914-1991*. Buenos Aires: Crítica. (3ª reimpresión).
- Hsiao, W.C. (1995): "Abnormal economic in the health sector". En *Health policy*, nº 32 pp: 125-139. <http://www.utilitarian.net/sidgwick/about/2004070102.pdf>
- Huerta de Soto, J. (1986): "Derechos de propiedad y gestión privada de los recursos de la naturaleza". *Estudios de Economía Política*, vol. 3, pp: 229-249.
- Huerta, S. y Pérez Manzano, M., (Dirs), (2012): *Cuestiones actuales de la protección de la vida y la integridad física y moral*. UAM: Thomson Reuters Aranzadi.
- Hugh Thomas, M. (1976): *La guerra civil española*. Barcelona: Grijalbo. Vol.II.
- Huguet, M. (2012): "La derrota del progreso. Especie y género en los discursos cientificosociales (de los siglos XIX al XX)". En Huguet M. et al (Eds.) *Ritmos contemporáneos. Género, política y sociedad en los siglos XIX y XX*. Madrid: Dykinson, pp: 25 ss.
- James F. (1930): "Ageing, natural death and the compression of morbidity". *NEJM*, pp: 130-35. <http://aramis.stanford.edu/downloads/1980FriesNEJM130.pdf>
- Jevons, W.S. (1998): *La teoría de la economía política*. Madrid: Pirámide.
- Johnston, D. (2006): *The historical foundation of world order. The tower and the arena*. Martinus Nijhoff Publishers.
- Katz, M., Rosen, H. y Morgan, W. (2007): *Microeconomía intermedia*. Madrid: Mc Graw Hill. 2ª ed.
- Keynes, J. M. (1980): *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. México: Fondo Cultural Económico.

- Kirzner, I.M. (1995): *Creatividad, capitalismo y justicia distributiva*. Madrid: Unión Editorial.
- Laframboise, H. L. (1973): "Health policy: breaking the problem down into more manageable segments". *Canadian Medical Association Journal*, vol. 108, nº 3, pp: 388-91.
- Lalonde, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Minister of National Health of Welfare. Canadá.
- Landreth, H. y Colander, D.C. (2006): *Historia del pensamiento económico*. Madrid: Mc Graw Hill. (4ª ed).
- Lasheras Sanz, A. (1947): "Las tablas de mortalidad en España". En *VVAA. Estudios Demográficos*, vol. II. Madrid: Instituto "Balmes" de Sociología, CSIC.
- Lasheras, M. (1999): *La regulación económica de los servicios públicos*. Barcelona: Ariel.
- Leguina, J. (1977): *Quienes son los habitantes de España*. Biblioteca de Divulgación Económica: La Gaya Ciencia.
- Leguina, J. (2002): "Desplazamientos" en *Jornadas sobre Inmigración, Género e Integración: El fenómeno de los desplazamientos y sus causas*. Madrid. Universidad Carlos III.
- Lema Añón, C. (2010): "El derecho a la salud: concepto y fundamento". *Huri-Age. Consolider Ingenio*, nº 12.
- Lema Añón, C. (2010): *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Madrid: Dykinson.
- León Alonso, M. (2010): *La protección constitucional de la salud*. Madrid: La Ley.
- Liebenstein, H. (1966): "Allocative Efficiency vs. "X-Efficiency". *The American Economic Review*, vol. 56, pp: 392-415.
- List, F. (1997): *Sistema Nacional de Economía Política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Livi Bacci, M. (1988): "La Península Ibérica e Italia en vísperas de la transición demográfica" en Pérez-Moreda, Vicente; Reher, David-Sven (eds.): *Demografía histórica en España*, Madrid: El Arquero.
- Livi Bacci, M. (1999): *Historia de la población europea*. Barcelona: Grijalbo.
- López-Casasnovas, G.; Pascual-Argenté, N. (2014): "La genética de los Sistemas Sanitarios y la posible evaluación de su bondad". Ejemplar dedicado a: La "Triple Meta" para el futuro de la sanidad, en Núria Mas y Wendy Wisbaum. *Papeles de Economía Española*, nº 142, p: 48.
- Loyola, E. (2006): "Progress on children's environmental health in the Americas". *Internacional Conferences for the evaluation of global health strategies*. Florence, Italy. PAHO/WHO, p: 223.
- Macrae, C. Duncan, (1977): "A Political model of the Business cycle". *Journal of Political Economy*, vol. 85, nº2, pp: 239-263.

Maddison, A. (1995): *Monitoring de world Economy 1820-1992*. París: OECD (Development Centre of the Organisation for economic Co-operation and Development).

Maisonneuve C, Oliveira J. (2013): "Public expending on health and long term care: a new set of projections. OECE Economic Policy" Papers.2013;(06). Disponible en: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/public-spending-on-health-and-long-term-care_5k44t7jwwr9x-en

Marchioro Buss, P. y Pellegrini Filho, A. (2007): "A saúde e seus Determinantes Sociais". *Revista Saúde Colectiva*. Rio de Janeiro, vol. 17, nº 1, pp: 77-93.

Margolis, J. (1970): "Comentario sobre teoría pura de los gastos públicos". *Hacienda Pública Española*, vol. 5, pp: 177-179.

Marmot, M. (2004): "*The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*". New York. Time Book.

Marshall, A. (1948): *Principios de Economía*. Madrid: Aguilar.

Martín Martín, J.J. (2012): "Cómo las Instituciones se crean en respuesta a la incertidumbre de la vida humana reduciendo los costes de transacción de los intercambios, cómo se puede medir su calidad y qué dificultades existen para realizar cambios institucionales que mejoren el bienestar". *Nueva Economía Institucional y estudio del comportamiento de organizaciones y agentes*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500619/n5.1.-Sistemas_Sanitarios.pdf

Martínez Barrabés, M. (2014): *La patente biotecnológica y la OMC*. Prólogo de X. Pons Rafols. Madrid: Marcial Pons.

Marx, K. (1875): "Crítica del Programa de Gotha". Publicado por vez primera (con ciertas omisiones) por F. Engels en 1891 en la revista "*Neue Zeit*", pp: 28-29.

Marx, K. (2009): *La España revolucionaria*. Madrid: Alianza.

Mas Colell, A. (1994): "Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud". En López i Casanovas G. (ed), *Análisis Económico de la Sanidad*. Colección Els Llibres dels Fulls Econòmics, nº10, pp: 63-75.

Mas, N. y Wisbaum, W. (2014): «La Triple Meta para el futuro de la sanidad» coordinado por Núria Mas y Wendy Wisbaum. *Papeles de Economía*, nº 142, p: 3.

Mcguire, A.; Henderson, J.; & Mooney, G. (2000): "*The economics of health care: An Introductory Text*". London and New York. Routledge.

Mckee, M. y Stuckler, D. (2011): "The assault on universalism: how to destroy the welfare state". *British Medical Journal*.

Medema, G. (2004): "Mill, Sidwick, and the evolution of the theory of market failure". Universidad de Colorado y Denver.

Meneu, R. y Ortún, V. (2011): "Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis". *Gaceta sanitaria*: Barcelona, vol. 25, nº 4.

Mercader Uguina, J. R. (2007): "La configuración del sistema de Seguridad Social: Ley de Bases de SS y Ley de Seguridad Social" en "Cien años de protección social en España". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INP.

- Mercader Uguina, J. R. (2007): "La configuración del sistema de Seguridad Social: de la Ley de Bases a la Ley de Pensiones no contributivas", en J.L Tortuero Plaza (Dir. y Coord.). *Cien años de protección social en España*. Libro conmemorativo del I Centenario del Instituto Nacional de Previsión. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Merino, M. (1866): *Reflexiones y conjeturas sobre la Ley de Mortalidad en España*. Madrid: Imprenta de Eduardo Cuesta.
- Mill, J.S. (1984): *Sobre la libertad. El utilitarismo*. Barcelona: Orbis.
- Mill J. S.(2008): *Principios de economía política*. Madrid: Síntesis.
- Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. (2013): "Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de Salud".
- Mintzberg, H. (2012): "La estructura de las organizaciones". Barcelona: Ariel.
- Miñano, Sebastián de, (1921): *Diccionario geográfico-estadístico de España y Portugal*, Madrid: Pierart-Peralta.
- Mises, Ludwig. von (2001): *Crítica del intervencionismo*. Madrid: Unión Editorial.
- Mitchell, W.C. y Munger, M. (1991): "Economic Models of Interest Groups: An Introductory Survey". *American Journal of Political Science*, vol. 35, nº 2, pp: 512–546. (Reprinted in *Classics in Public Choice*, Charles Rowley (ed.), 1993, Edward Elgar Publishers).
- Moe, T. (1998): "La teoría positiva de la burocracia pública". En Sebastián M. Saiegh y Mariano Tommasi (comps.) *La nueva economía política: racionalidad e instituciones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Molina Morales, A., Guarnido Rueda, A. y Amate Fortes, I. (2012): "¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva". *eXtoikos*, nº 5, pp: 37-41.
- Monereo Pérez, J.L. (2007): "El instituto Nacional de Previsión: Ubicación histórica, social y político-jurídica" en VV.AA. En *Cien años de protección en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Monlau, P. F. (1847): *Elementos de higiene pública*. Madrid: Imprenta Pablo Riera.
- Moreau de Jonnes, A. (1835): *Estadísticas de España*, versión de Pascual Madoz. Barcelona: Imprenta de A. Bergnes y Cía.
- Muñoz Machado, S. (1995): *La formación y la crisis de los servicios públicos sanitarios*. Madrid: Alianza.
- Muñoz Maldonado, J. (1833): *Historia Política y militar de la guerra de la Independencia de España contra Napoleón Bonaparte desde 1808 a 1814. Tomo I/Escrita sobre los documentos auténticos del gobierno*. Madrid: Imprenta D. José Palacios.
- Murillo, F.; Beltrán, M. et al. (1983): "Informe sociológico sobre el cambio social en España. 1975 - 1983". IV Informe Foessa, Volumen II. Madrid: Fundación Foessa.
- Musgrave, R. A. (1980): "Theories of fiscal crisis: An essay in fiscal sociology", trabajo incluido en *The economics of taxation*, de Aaron y Bosking Institutions, Washington.

- Musgrave, R.A. (1959): *The Theory of Public Finance. A Study of Public Economy*. New York: McGraw-Hill.
- Musgrave, R.A. (1969): *La Teoría de la Hacienda Pública. Un estudio en Economía Pública*. Aguilar.
- Nadal, J. (1971): *La población española*. Barcelona: Ariel (2ª ed.).
- Naef, W. (1973): "La idea del Estado en la Edad moderna". Madrid: Aguilar.
- Mas, N. y Wisbaum, W. (2014): "La triple meta para el futuro de la sanidad". Papeles de Economía Española, nº 142.
- Nicolau, R. (2005): "Población, salud y actividad". *Estadísticas históricas de España*. Vol. I. Albert Carreras y Xavier Tafunell (Coords.). Bilbao: Fundación BBVA.
- Niskanen, W. A. (1971): *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Nordhaus, W.D. (1975): "The Political Business cycle". *Review of Economic Studies*, vol. 42, pp: 169-190.
- North, Douglas C. (1990): "La nueva economía institucional". *Revista Libertas 12*.
http://www.eseade.edu.ar/files/Libertas/33_5_North.pdf
- Nozick, R. (1988): *Anarquía, Estado y Utopía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Nozick, R. (1974): *Anarchy, state and utopia*. Nueva York: Basic Books.
- Nuñez Prat, M., (1999): *Historia del derecho a morir. Anales históricos y antecedentes jurídico penales*. Oviedo: Forum.
- O'Brien, D.P. (1989): *Los economistas clásicos*. Madrid: Alianza.
- OECD (2014): "OECD guidelines in corporate governance of state-owned enterprise". Mayo 2014.
- OECD (2013): "Health at a Glance 2013". Indicators: pp: 155 y 157. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Olshansky, S. J.; Brian A.B. (1986): "The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative disease". *Milbank Quarterly*, vol. 64, nº 3, pp: 355-391.
- Olson, M. (1965): *The logic of collective Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ollero Tassara, A. (1994): *Derecho a la vida y derecho a la muerte*. Instituto de Ciencias para la familia. Madrid: Rialp.
- OMS. (1978): *Atención primaria de salud. Informe de Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria a la Salud*. Ginebra.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>
- OMS. (2002): *Informe sobre la salud mundial 2000. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.

OMS: (2009): “Subsanar las desigualdades Sociales en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. *Comisión sobre Determinantes*.

Ortega Gómez, M. (2011): *Patentes farmacéuticas y países en desarrollo*. Madrid: Difusión Jurídica.

Ortún Rubio, V. y Llano, J. del, (1998): “Estado y mercado en sanidad”. En Del Llano J,

Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, y Gené J, eds. *Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, pp: 3-16.

Ortún, V. (2003): “Claves de gestión clínica “. En Muestra para utilización docente del capítulo 6 de V Ortún (dir): *Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson.

http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/chapClaves.pdf

Ortún, V. (2006): “Desempeño y deseabilidad del Sistema Sanitario: España”. *Revista Asturiana de Economía* (35) pp 23-43. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/28159293_Desempeo_y_deseabilidad_del_sistema_sanitario_Espaa/file/gfcfd50ca23e07ea7b.pdf

Ostrom, E. (1990): *Governing the Commons: The evolution of Institutions for Collective Action*. New York, Cambridge University Press.

Padilla, J. (1994): “Competencia en el mercado de seguros médicos”. En Guillém López i Casanovas (Dir.). *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Socia.

Palacio Ramón, M. (Antonio de Campany 1963): *Discurso económico-político en defensa del trabajo mecánico de los menestrales, y de la influencia de sus gremios en las costumbres populares, conservación de las artes y honor de los artesanos*. Madrid, MDCCLXXVIII, (citamos la edición de 1963, incluida en el vol. II-2 de las reeditadas Memorias Históricas...)

Panamerican Health Organization (PAHO): “Salud en las Américas, 2007”, vol. I Regional, Washington DC.

Parcet, J. (1831): *Observaciones sobre la vacuna*. Tarragona: Archivo de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

Parejo Alfonso, L. (1983): *Estado social y administración pública. Los postulados constitucionales de la reforma administrativa*. Madrid: Civitas.

Peces-Barba, G. (1982): *Tránsito a la modernidad y derechos humanos*. Madrid: Mesquita.

Peces-Barba, G. (1994): “La universalidad de los derechos humanos”. En *Revista DOXA* nº 15-16. Universidad de Alicante. e-archivo.uc3m.es/bitstream/1994

Peces-Barba, G. (1995): *Curso de derechos fundamentales: Teoría General*. Con la colaboración de Asís Roig, R.; Fernández Liesa C. y Llamas Gascón. Universidad Carlos III. Madrid: BOE.

Peces-Barba, G. (2002): *La dignidad de la persona humana desde la filosofía del Derecho*: Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas-UC3M. Madrid: Dykinson.

Peces-Barba, G., et al. (2007): “Los derechos económicos, sociales y culturales: Apuntes para su formación histórica”. *Historia de los derechos fundamentales*, tomo III, Siglo XIX, vol. II, Libro I. La Filosofía de los derechos humanos. Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas, Dykinson.

Peces-Barba, G.; Llamas Gascón, A.; Fernández Liesa, C., et. al. (2001): *Textos básicos de derechos humanos, con estudios generales y especiales y comentarios a cada texto nacional e internacional*. Navarra: Aranzadi.

Peiró, S. (2012): “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión”. *Post en el blog. FEDEA: blog "Nada es Gratis"*. 27/12/2012. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

Peman Gavin, J. (1989): *Derecho a la salud y administración sanitaria*. Bolonia: Real Colegio de España.

Perdices de Blas, L. (2003): “Debate sobre la cuestión social” en L. Perdices y J. Reeder (editores). *Diccionario de pensamiento económico en España (1500-2000)*. Madrid: Síntesis.

Pérez Díaz, J. (1998): “La demografía y el envejecimiento de las poblaciones”, incluido en A.S. Staab y L.C. Hodges. *Enfermería Gerontológica*. México D.F. McGraw Hill, pp: 451-463.

Pérez López, Miguel (1999) “El derecho constitucional a la protección de la salud”. *Derechos humanos 1999*, pp 191-206.

Pérez Moreda, V. (1984): “Evolución de la población española desde finales del antiguo régimen”. *Papeles de Economía Española*, nº 20, pp: 20-38.

Pérez Moreda, V., Sven Reher, David y Sanz Gimeno, A. (2015): *La conquista de la salud*. Madrid: Marcial Pons.

Pigou, A. C. (1946): *La economía del bienestar*. Madrid: Aguilar.

Pigou, C. (1938): *The economics of Welfare*. London: Macmillan and Co., 4th edition, 1932, reprinted 1938.

Pisarello, G. (2007): *Los derechos sociales y sus garantías: Elementos para una reconstrucción*. Madrid: Trotta.

Ponce Sole, J. (2013): *El derecho y la (ir) reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos: Las líneas rojas constitucionales a los recortes y la sostenibilidad social*. Madrid: INAP.

Pons Rafols, X. (2010): *Salud pública mundial y Derecho internacional*. Madrid: Marcial Pons.

Pounds, N. G. (1947): *An historical and Political Geography of Europe*. Londres: George G. Harrap & Co Ltd, trad. de Tortella.

- Prados de la Escosura, Leandro (2003): *El progreso económico de España (1850-2000)*. Madrid: Fundación BBVA.
- Quintero Lima, M. G. (2014): “La Seguridad Social en España. Su evolución histórica”. *Universidad Carlos III*. Madrid.
- Ramiro Avilés, A., (2010): “Derecho a la protección de la salud y los derechos de los pacientes”. *Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas*. Universidad Carlos III de Madrid. www.tiempodelosderechos.es/docs/abr10/derechoProteccionSalud.pdf
- Rawls, J (1996): *El liberalismo político*. Barcelona: Crítica.
- Rawls, J. (1999): *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Tecnos.
- Rawls, J. (2010): *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de cultura económica, 7ª ed.
- Reale, M. (1997): *Teoría tridimensional del Derecho: una visión integral del derecho*. Madrid: Tecnos.
- Redlener, I. and Grant, R. (2009): “America’s Safety Net and Health Care Reform — What Lies Ahead?”. *The New England Journal of Medicine*, pp: 2201-2204. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0910597>
- Reinhard, M.R. y Armengaud, A. (1961): *Histoire générale de la population mundial*. París: Montchrestien.
- Reinhardt, U. (1989): “Economist in health care: Saviors, or elephants in a porcelain shop?” *American economic review*. Papers and Proceedings, vol. 79, n° 2, pp: 337-342.
- Relatório Primavera (2013): “Duas faces da saúde”. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. <http://www.observaport.org/rp2013>
- Repullo, J.R. (2013): “Sistemas de Aseguramiento de riesgos para la salud”. *Escuela Nacional de Sanidad*. Fernández, F. J. (Ed.). Madrid, p: 13.
- Repullo, J.R. (2007): “Gasto Sanitario y descentralización: ¿Saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD?”. *Presupuesto y Gasto Público 49/2007*. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales, pp: 47-66.
- Repullo, J.R. (2015) “Austerity: Reforming Systems under Financial Pressures”, en Scott Greer, Lope Figueras, et al. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. *Open University Press- European Observatory on Health Systems and policies*.
- Repullo, J.R. y Freire Campo, J.M. (2008): “Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización”. *Gaceta sanitaria*, n° 22, (supl 1), pp: 118-125.
- Repullo, J.R. (2007): “Políticas de salud y servicios sanitarios. Condiciones y alternativas de mejora del gobierno en los sistemas públicos de salud”. *Cuadernos África -América Latina*, n° 42, pp: 13-36.
- Repullo, J.R. (2009): “Identificación y modulación del comportamiento sistemáticamente irracional en medicina y salud pública”. *Revista Española Salud Pública*, n° 1.

Repullo, J.R. (2012): “Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud”. *Revista Calidad Asistencial*, vol. 27, pp: 130-8.

<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/taxonomia-practica-desinversion-sanitaria-lo-que-no-90139042-articulo-especial-2012>

Repullo, J. R. (2012): “Sistemas Sanitarios y Aseguramiento de riesgos para la salud. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad”. Tema 5.1. Disponible en:

http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500619/n5.1.-_Sistemas_Sanitarios.pdf

Repullo, J.R. (2014): “Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014 . *Gaceta Sanitaria*; vol. 28, (S1), pp : 62-68.

Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/S021391114000910/>

Repullo, J.R.(2012): “La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas”. En: Presno-Linera MA. Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias (libro electrónico, colección PROCURA). Disponible en: http://www.procuradorageneral.es/catedra/pdf/02_procura/05_jose_ramon_repullo_sostenibilidad_prestaciones_sanitarias.pdf

Richardson, J. (1981): “Supply and Demand for medical care: Or, is the health care market perverse?”. *The Australian Economic Review*, vol. 34, pp: 336-352.

Riker, W. H. (1962): *The Theory of Political Coalitions*. Yale University Press. New Haven.

Roemer, J. E. (1989): *Teoría General de la explotación y de las clases*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Rodríguez, M. y Calonge, S. (1998): “Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad”. *Papeles de economía española*, nº 76, pp 259-272. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee26.pdf>

Romá y Roséll, F. (1768): *Las señales de la felicidad en España y medios para hacerlas eficaces*. Madrid: Antonio Muñoz del Valle.

Romeo Casabona, C. (1994): *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Madrid: Centro de Estudios de Ramón Areces.

Romero de Solís, P. (1973): *La población española en los siglos XVIII y XIX*. Estudio de sociodemografía histórica. Madrid: Siglo XXI.

Roser, N. (2005):”Población, Salud y Actividad”. *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX* / Tafunell Sambola, X. y Carreras i Odriozola, A. Vol. I. Fundación BBVA.

Rowland, R. (1988): “Sistemas matrimoniales en la Península Ibérica (siglos XVI-XIX). Una perspectiva regional”. En Pérez-Moreda, Vicente; Reher, David-Sven (eds.). *Demografía histórica en España*. Madrid: El Arquero.

Ruger J.P. (2006): “Ethics and governance of global health inequalities” *J. Epidemiol Community Health*, nº 60(11), pp:998-1003.

Ruíz Miguel, A., (1994): “Derechos liberales y derechos sociales”. *Revista DOXA* nº 15-16. Cuadernos de Filosofía, vol. 2. Universidad de Alicante.

Ruiz-Ramos, M., Córdoba-Doña, J. A., Bacigalupe, A., Juárez, S. y Escolar-Pujolar, A. (2014) “Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales”. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria* 2014; 28 Supl. 1:89-96.

Sáenz de Buruaga, G. (1979): “El cuadro de las necesidades públicas. Problemas de descentralización”. En *El sector público en las economías de mercado*. Buchanan, Fuentes Quintana, Giersch y otros, (eds.). Espasa Calpe.

Sáinz Moreno, F. (Coord.)(1980): *Constitución española: Trabajos parlamentarios*. Madrid: Cortes Generales. Servicio de estudios y publicaciones.

Salas Fumás, V. (2005): “¿Sustituye la responsabilidad social al buen gobierno de la empresa?”. *Economistas*. Año 23, nº 106, pp: 4-12.

Saltman, R.; Cahn, Z. (2013): “Restructuring health systems for an era of prolonged austerity”. *BMJ*, nº 346. Available at: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3972>

Salvador Peiró, S., (2012): “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión”. Post en el blog. FEDEA: blog "Nada es Gratis". 27/12/2012. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

Samuelson, P. A. (1947): *Foundations of Economic Analysis*. Cambridge. Harvard University Press.

Samuelson, P. A. (1955): “A theory of public expenditure”. *Review of Economics and Statistics*, vol. 37.

Samuelson, P. A. (1954): “The pure theory of public expenditure”. *Review of Economics and Statistics*, vol. 36.

Sánchez Albornoz, N. (1963): *La crisis de subsistencia en España en el siglo XIX*. Rosario (Argentina): Instituto de Investigaciones Históricas.

Sánchez Albornoz, N. (1964): “Crisis de subsistencias y recesión demográfica: España en 1868”. *Demografía Retrospectiva e Historia Económica*, en "Anuario del Instituto de Investigaciones Históricas". Facultad de Filosofía y Letras, U. N. del Litoral, Rosario, pp: 27- 40.

Sánchez Albornoz, N. (1977): *España hace un siglo: Una economía dual*. Madrid: Alianza.

Sánchez Caro, J. (2005): “La relación clínica: Perspectiva actual y de futuro”. En *Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible*. (Coords): Repullo, J.R. y Oteo Ochoa L. A. Ariel.

Sapir, André (2006): “Globalization and the Reform of European Social Models”. *Journal Compilation MS* 2006 volume 44. nº 2 pp. 369-90

Saura Estapa, J. (2011): “La exigibilidad jurídica de los derechos humanos”. En *Papeles el tiempo de los derechos*, nº 2, pp: 12-13. Facultad de Derecho. Universidad de Barcelona.

Scitovsky, T. (1954): “The journal of Political Economy”, vol. 62, nº 2, pp: 143-151.

- Schumpeter, J. (2012): *Historia del análisis económico*. Barcelona: Ariel.
- Segura del Pozo, J. (2011): Capital social vínculo (“Bonding”) y Capital social puente (“Bridging”). http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/10/23/132846
- Segura, J. y Rodríguez Braun, C. (1998): *La economía en sus textos*. Madrid: Taurus.
- Sen, A.: (2010): *La idea de justicia*. Madrid: Taurus.
- Sen, G. & Östlin, P. (2007): “Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it”. [Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network]. Institutet Karolinska.
- Serrano Guirado, E. (1950): *El Seguro de enfermedad y sus problemas*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Seuba Hernández, X. (2005): “La emergencia del Derecho internacional de la salud”. *Revista digital de la Facultad de Derecho de la UNED*. Monográfico Premios García Goyena.
- Seuba Hernández, X. (2010): “Los orígenes de la cooperación sanitaria internacional”. *Salud pública mundial y Derecho internacional*. Pons Rafols, X (Ed.). Madrid: Marcial Pons.
- Seuba Hernández, X. (2010): *La protección de la salud ante la regulación internacional de los productos farmacéuticos*. Madrid: Marcial Pons.
- Shaftesbury, A. A. Cooper, Conde de (1997): *Los moralistas*. Traducción y estudio preliminar, Arregui, J. y Arnau, P. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Shavell, S. (1979): “On moral Hazard and Insurance”. *The Quarterly Journal of economics*, MIT Press, vol. 93, nº4, pp: 541-62.
- Sher, W. y Pinola, R. (1986): *Teoría microeconómica: una síntesis de la teoría clásica y el enfoque moderno*. Madrid: Alianza.
- Sidgwick, H. (1994): “The scope and method of economic science”. En *Miscellaneous essays and address*. London: McMillan, p: 180.
- Sigerist, H. (1946): *Medicine and Human Welfare*. New York: Yale University Press.
- Simonde de, J.C. (Sismondi) (1834): *Nuevos principios de economía política ó De la riqueza en sus relaciones con la población*. Granada: Imprenta de Benavides.
- Sloan, F. y Feldman, R. (1988): “Competition Among Phisician, revisited”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 13, nº2, p: 239-260.
- Social Justice and Equity in Health (1986): Report on a WHO Meeting (Leeds, UK, 1985). Copenhagen, Oficina regional de la OMS para Europa.
- Sotelo, I. (2010): *El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive*. Madrid: Trotta.
- Spiegel, H. W. (1987): *El desarrollo del pensamiento económico*. Barcelona: Omega.

- Stackelberg, H. F. von. (1946): *Principios de Teoría Económica*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Stampar, A. (1945): *Carta Fundacional de la OMS*, fragmento del 7 de abril de 1946.
- Stanbury, W., y Thompson, F. (1995): "Towards a political economy of government waste: first step, definitions". *Public Administration Review*, nº 55, pp: 418-427.
- Stigler, G. (1971): "The Theory of Economic Regulation". *Beil Journal of Economics*, nº 2 (I), pp. 3-21.
- Stiglitz, J. E. (2000): *La economía del sector público*. Antonio Bosch editor, 3ª ed.
- Stiglitz, J.E. (1994): "Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados públicamente". *Análisis económico de la Sanidad / coord. por Guillém López i Casanovas*, pp: 19-48.
- Tamayo Lorenzo, P. A. (2006): *Economía de la salud. Fundamentos*. Madrid: Díaz de Santos. pp: 193-198.
- Terris, M. (1957): *Conceptos Básicos, Conceptos de Salud*. Universidad Estatal de Nueva York en Buffalo.
- Terris, M. (1980): *La Revolución epidemiológica y la medicina social*. Compilación de Ignacio Almada Bay y Daniel López Acuña. México: Siglo XXI.
- Tiebout (1956) : "A pure theory of local expenditures." *Journal of Political Economy*.
- Tortella Casares, G. y Nuñez, Clara E. (2012): *El desarrollo de la España contemporánea. Historia económica de los S XIX y XX*. Madrid. Alianza (3ª ed.).
- Travieso, A. (1993): *Historia de los Derechos Humanos y Garantías. Análisis en la Comunidad Internacional y en la Argentina*. Buenos Aires: Heliasta.
- Tullock, G. (1987): "Demand-Revealing, Transfer, and Rent-seeking en the political Economy of Rent-seeking", (eds.) Rowley, Tollison y Tullock. *Center for study of public Choice*. George Mason University. Boston.
- Tullock, G. (1987): "The Politics of bureaucracy". *University Press of America*, Boston.
- Urbanos Garrido, R. M. (2008): "Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: Una reflexión sobre las cuestiones distributivas", nº 99-12. Documentos de trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid. <http://www.ucm.es/BUCEM/cee/doc/9912/9912.htm>
- Urbanos Garrido, R. M. (2014) "Políticas de austeridad y cambios en las pautas de su de los servicios sanitarios". Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria*, 2014; 28 supl. 1:81-8.
- Vicens Vives, J. (1957): *Historia de España y América Social y Económica*. Vol. IV. Los Borbones. El siglo XVIII en España y América. Barcelona: Vicens-Vives.
- Vida Fernández, J. (2003): "El reajuste del Sistema Sanitario Público español". *Revista Iberoamericana de Administración Pública*, nº 11.

Vida Fernández, J. (2011): “Sostenibilidad del sistema sanitario. Crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro”. *Revista Derecho y Salud*, nº 2, vol 21.

Vigil Montoto, M. Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad: (1922). Acta de la intervención de Manuel Vigil Montoto, vocal de la Comisión Paritaria Nacional de Previsión en la sesión de la mañana del día 24 de noviembre. Barcelona.

Vilar, P. (1978): *Historia de España*. Barcelona: Grijalbo.

Villar Aguirre, M. (2011): “Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención”. *Acta médica peruana*: Lima 2011, vol. 28, nº 4, pp: 237-241.

Villar Salinas, J. (1942): *Repercusiones demográficas de la última guerra civil española*. Madrid: M. Minuesa de los Ríos.

Virchow, R. (1848): “Der Armenarzt Medizinische Reform”. *BMJ*, nº 18, pp: 125-7 <http://jech.bmj.com/content/63/3/181.abstract>

Whitehead, M. (1991): “Los conceptos y Principios de la Equidad en la Salud”. Centro de documentación e información (CID). *Organización Panamericana de la Salud OMS*, Washington, D.C.

Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2010): “Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población”. Madrid: *Ministerio de Sanidad y Política Social*.

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf>

Whitehead, M.; Dahlgren, G. and Gilson, L. (2001): “Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective”. In *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; pp: 309-322.

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. London. *World Health Organization*. http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

WHO (1978): *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12*. Geneva, World Health Organization (Health for all series, nº 1).

WHO (2011): “Burden of disease attributable to outdoor air pollution”. *World Health Organization*. Geneva. www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/burden_disease/en/

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2006): “Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados”. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Edición española, traducción de la 2ª ed. de la OMS.

Williamson, O. E. (1999): “Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective”. *Journal of Law Economics*, nº 15 (1), pp: 306-342

Winslow, Charles, E. (1920): “The Untilled Fields of Public Health”. *Science*, vol. 51, nº 1306, pp: 23-33.

ANEXO A. Desarrollo socioeconómico y demográfico de España en relación a Europa. La salud colectiva. Causa y consecuencia del desarrollo económico y bienestar social

“Quienes habitaron el pasado sabían mejor que nosotros cómo era vivir en él”.

Tony Judt

En este anexo nos internamos en la evolución de los principales indicadores demográficos desde el siglo XVIII hasta la actualidad. Sin duda, los cambios poblacionales en España se producen en momentos diferentes y son determinados por una realidad socioeconómica propia.

A.1 Siglo XVIII

Según las estimaciones de Beloch (1908), en la época de Augusto habitaban en la Península Ibérica entre cinco y siete millones de personas. Si le asignamos seis millones y teniendo en cuenta que a finales del siglo XVIII la Península Ibérica tenía aproximadamente 13,5 millones de habitantes, la tasa de crecimiento anual habría sido del 0,45 por 1.000.

En el territorio peninsular español la población se mantuvo prácticamente estancada, pasando de seis millones de habitantes durante la época romana a poco más de siete millones a la muerte de Carlos II, es decir, al inicio del siglo XVIII.

Desde el siglo XIV hasta bien entrado el XIX, Europa vivió bajo un régimen de mortalidad catastrófica. Las pestes, que dominaron ampliamente la abundante literatura médica de aquellas épocas, y la falta de alimentos confluyeron con frecuencia eliminando el excedente poblacional que pudiera haberse acumulado durante los años “normales”.

“La evolución demográfica fue especialmente desfavorable en los territorios de la Corona de Castilla, por la intervención de otros factores adversos, de índole política, social y económica. El imperialismo militar y colonizador, la desmoralización de empresarios y asalariados, la riada de metales nobles sobre una economía incapaz de absorberlos productivamente sellaron la decadencia y las graves pérdidas humanas del Occidente peninsular”. (Nadal 1971:83).

El siglo XVIII se estrena con los tratados que pusieron fin a la Guerra de Sucesión y que tuvieron lugar en Utrech, pero las paces requirieron otros acuerdos de laboriosa negociación firmados en Madrid, Rastatt y Baden (1713 y 1714).

Esa paz tuvo como consecuencia lo que Romá i Rosell (1768) llamaría *“un aligeramiento de las obligaciones ultramarinas que habían hecho despoblar el Reyno, agotar el Erario y extenuar las fuerzas para conservar las Provincias distantes”*. Y añadía: *“hoy se halla*

España más reducida de lo que le señalan sus naturales límites de Océano, Mediterráneo y Pirineos, y en la mejor disposición de reunir sus fuerzas: ésa es la primera señal de la felicidad de esta Monarquía". (cfr. Nadal 1971:54).

La población española creció de manera notable durante el siglo XVIII, y aunque no existe una base firme que precise cuál era la población de partida, algunos tratadistas solventes fijan en unos seis millones los habitantes de la España peninsular al término de la guerra de Sucesión.

Los catastros de Patiño (1716) y los sucesivos en Cataluña, así como el del Marqués de la Ensenada (1748) para las provincias castellanas, permiten estimar una población de siete millones y medio de habitantes a mediados del siglo XVIII.

Según el padrón levantado por orden del Conde de Aranda, en 1768 España tenía 9.302.000 habitantes y en 1787 el censo de Floridablanca daba como resultado 10.393.000 habitantes. Población que en 1797 habría llegado a los 10.536.000 habitantes.

En cualquier caso, es preciso tener en cuenta que el censo de Floridablanca se realizó después de una larga epidemia de fiebres tercianas y el de 1779 (censo de Godoy) se elaboró en plena guerra contra Inglaterra y bajo una administración, la de Carlos IV, que adolecía de enormes deficiencias.

No se conocen mejores datos hasta después de la guerra de la Independencia que, según algunos autores, como Muñoz Maldonado (1833), supuso un millón de muertes, a las que es preciso añadir unos cien mil afrancesados españoles que tomaron el camino del exilio tras el final de la guerra.

En lo que se refiere a la distribución urbana de la población, en las fechas finiseculares del XVIII, había en España muy pocas aglomeraciones urbanas. En el citado censo de 1787 (Floridablanca) se enumeran 143 ciudades y 4.308 villas, de las cuales sólo 40 sobrepasaban los 10.000 habitantes, 17 de ellas en Andalucía. La villa de Madrid tenía a finales del XVIII 207.600 habitantes, de los cuales 10.250 eran militares. La ciudad de Barcelona contaba con 115.000 y Valencia, que era entonces la ciudad más rica de España, 80.000.

A partir de los censos citados se puede estimar la estructura por edades que tenía la población española en la segunda mitad del siglo XVIII (ver Tabla A.1).

Tabla A.1. Porcentaje de la población según grupo de edad

Grupo de Edad	Año		
	1768	1787	1797
0-6	18,2	18,2	18,6
7-15	18	17,7	16,6
16-24	15	15,9	15,1
23-39	22,5	21,8	21,8
40-49	13	11,9	12,5
50 y más	13,3	14,5	15,4
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Son estas estructuras las propias de un “régimen demográfico antiguo”, con un leve y azaroso proceso de envejecimiento que se consolidará, siempre moderadamente, durante el siglo XIX y donde se detecta ya un primitivo control de la natalidad. Volveremos sobre ello.

Otra característica del “régimen demográfico antiguo” es el comportamiento estacional de los nacimientos y de las defunciones. En efecto, las concepciones eran preferentemente primaverales y los nacimientos en los primeros meses del año siguiente. Por su parte, los fallecimientos de las personas de más edad se producían con mayor frecuencia en el invierno.

Si atendemos a la estructura social de la población, el Censo de Floridablanca (1787), una vez depurado, suministra una distribución por estamentos sociales que arroja los siguientes datos, Vicens Vives (1957:9):

“(...) el porcentaje de los nobles se cifraba, en 1787, en 15 por 100; el de los eclesiásticos, en 5 por 100; el de los militares, en 2 por 100; el de los empleados de la Administración pública, en 1 por 100; el de los artesanos y comerciantes, en 10 por 100; el de los campesinos, en 60 por 100; y en 7 por 100 los criados y domésticos. (...) En el mismo periodo de tiempo quedaban todavía, en 1787, 191.161 eclesiásticos seculares y regulares, 480.589 hidalgos, según hemos dicho, y 500.000 individuos pertenecientes a las profesiones liberales (abogados, escribanos, médicos) o empleados, estudiantes y domésticos. Es decir, 1.150.000 personas que vivían de rentas propias o del dinero de otro o del Estado, sin producir por sí mismas, lo que constituía en conjunto un 30 por 100 de la población adulta masculina, proporción que parecía evidentemente exagerada a los economistas y a los ilustrados de la época”.

En el campo demográfico, el pensamiento ilustrado era decididamente poblacionista. Oigamos, por ejemplo, a Ramón Miguel Palacio, quien en 1792 escribía:

“La población de un país es una de las reglas más sencillas para juzgar la bondad de su constitución. Cuando la despoblación crece, el Estado camina a su ruina; y el país que aumenta su población, aunque sea el más pobre, es ciertamente el mejor gobernado”. (Ramón Miguel Palacio 1792:1083).

También Cavanilles (1795-1797) escribió: *“Nuestra especie aumenta o disminuye en razón de los frutos”*, (cfr. Nadal 1971:86), lo cual fue descrito por Caresmar (1780:197) con las siguientes palabras: *“El número de los hombres crece a expensas y a proporción de la felicidad pública”.*

a) Nupcialidad

La primera preocupación demográfica de aquellos pensadores del XVIII fue la nupcialidad, muy disminuida entonces en España. El británico Ward ya había escrito en 1762, (cfr. Dominguez Ortiz):

“Las causas de la despoblación de España no son ni la guerra ni las Indias, sino el celibato excesivo. Consígase —añadía— que toda mujer que quiera trabajar pueda ganar uno o dos reales al día, y todo hombre cinco o seis, y se casarán en edad proporcionada”.(cfr. Nadal 1971:88).

Nadal recoge a este propósito una opinión curiosa, la del cura de Cervelló (1786):

“En esta localidad quedan 12 mujeres y 6 hombres sin casar; digo que debería permitirse, en un caso como este, que un hombre tomase dos mujeres, a fin de que ninguna de ellas se consumiera”. (cfr. Nadal 1971:89-90).

Pero veamos cuáles eran esos comportamientos nupciales. Para ello recurriremos al trabajo que sobre la Península Ibérica realizó Rowland (1988), donde la tabla A.2 recoge como resumen la edad media de acceso al matrimonio en la primera y la segunda mitad del siglo XVIII.

Tabla A.2. España: Edad media de acceso al matrimonio

Años	Mujeres	Varones
1701-1750	22	25,9
1751-1800	23,5	25,2

Fuente: Elaboración de datos del censo de Floridablanca por Rowland, R. (1988)

Tabla A.3. Nupcialidad regional en España continental (2ª mitad del siglo XVIII)

Región	Mujeres			Varones		
	EAM	SD	IM	EAM	SD	IM
Andalucía	22,2	17,9	82,1	24,3	23,8	76,2
Aragón	23,2	5,8	94,2	25,4	10	90
Asturias	24,4	13,4	86,6	25	22,1	77,9
Castilla la Nueva	23	7,5	92,5	24,9	10,5	89,5
Castilla la Vieja	23,8	7,8	92,2	25,1	13,7	86,3
Cataluña	23,2	12,4	87,7	26	19,5	80,5
Extremadura	22	8,9	91,1	23,4	13,5	86,5
Galicia	25	16,5	83,5	25,5	25,1	74,9
León	24,4	7,8	92,2	24,8	19,5	80,5
Madrid(1)	24,1	10,6	89,4	26,3	14,7	85,3
Murcia	22	12,7	87,3	25,2	14,9	85,1
Valencia	22,7	8,6	91,4	25,3	11,8	88,2
Vascongadas y Navarra	25,2	11,8	88,2	26,5	19,6	80,4
Media aritmética	23,5	10,9	89,1	25,2	16,8	83,2

Fuente: Elaboración de datos del censo de Floridablanca por Rowland, R. (1988)

(1) Ciudad y provincia de Madrid más los Reales Sitios

EAM: Edad media de acceso al matrimonio

SD: Soltería definitiva

IM: Intensidad del matrimonio (%): $IM = 100 - SD$

La tabla A.3, más amplia, presenta (para mujeres y varones) indicadores de la edad media de acceso al matrimonio y de la intensidad del mismo, calculados con base en las proporciones de solteros en cada grupo de edades en el Censo de Floridablanca. Estos datos se refieren a la totalidad de la población en cada región de la España continental y reflejan los comportamientos verificados a lo largo del periodo 1750-1787. Son, pues, representativos y constituyen una base relativamente segura para la identificación de los comportamientos regionales.

Los valores más elevados de la edad de acceso al matrimonio se sitúan en las regiones del noroeste –Galicia, Asturias y León- y en las Vascongadas, mientras que los valores más bajos están concentrados en el sur. La mayor intensidad de nupcialidad se daba en el centro de España.

En coherencia con las ideas ilustradas, se promulgaron una serie de disposiciones ofreciendo premios a la natalidad, estimulando a los matrimonios jóvenes o con hijos varones (según la Novísima Recopilación) y se eximieron de los impuestos personales, como por ejemplo en Cataluña, a los jefes de familia con una prole numerosa (doce o más hijos y nietos).

También se dieron facilidades a los extranjeros para establecerse en España y naturalizarse, con la sola salvedad que profesasen la religión católica.

Como ejemplo de ello, se debe recordar la colonización de Sierra Morena, organizada por Pablo de Olavide.

b) Fecundidad

Livi Bacci (1988) utiliza un indicador de la fecundidad (I_g) -usado ya en un estudio comparativo de la fecundidad realizado en la Universidad de Princeton, que expresa la relación entre la fecundidad legítima de la población observada y la fecundidad teórica que se habría alcanzado si las mujeres casadas hubiesen tenido una fecundidad “natural”, es decir, sin ninguna traba ni física ni derivada de cualquier control de la natalidad. Un I_g de 0,7 significa, por tanto, que la fecundidad legítima observada se sitúa un 30 por 100 por debajo del índice máximo, que es igual a 1.

A finales del siglo XVIII en España el índice I_g se colocaba en torno a 0,65. Se trata de un nivel aún compatible con la existencia de una fecundidad no controlada, pero se sitúa en un lugar bastante bajo en la escala que ofrecían entonces las poblaciones europeas.

El índice I_g superaba el nivel de 0,75 en Lugo, en Asturias, en la parte septentrional de Castilla la Vieja (Santander, Palencia), además de Canarias. Por otro lado, las zonas de fecundidad más moderada eran en vísperas del siglo XIX Cataluña, Baleares, Aragón y Valencia (regiones donde se inició precozmente el descenso de la fecundidad), y también Murcia y Andalucía.

Se detecta, por tanto, un cierto grado de control de la natalidad. ¿Cómo se controlaba la natalidad en ese siglo?, se preguntaba Flinn (1989). Naturalmente, hay que descartar los métodos contraceptivos mecánicos o farmacéuticos ampliamente utilizados a finales del siglo XIX y en el siglo XX. Los historiadores de la demografía creen que el coitus interruptus era la práctica más habitual. Sin embargo, se trata de un método nada seguro y lo más probable es que el medio más utilizado fuera la abstinencia que, a pesar de todo, proporciona una seguridad del 100 por 100. También se practicaban el aborto y el infanticidio (casi siempre dejando al niño a la intemperie).

En conjunto, destaca el hecho de que, en un marco de fecundidad natural “moderada”, las zonas de más elevada fecundidad se superponían a las de baja nupcialidad; menos clara resulta la conjunción en unas mismas áreas de una baja fecundidad con una nupcialidad alta. La existencia de una relación inversa entre nupcialidad y fecundidad es un fenómeno que tiende a suavizar la variabilidad de los niveles de natalidad, y viene a confirmar que un fácil acceso al matrimonio y su precocidad no significaban necesariamente una elevada fecundidad natural, la cual sólo se observa cuando la nupcialidad tiende a ser, cuantitativamente, menor.

c) Mortalidad

Hasta el primer tercio del siglo XVIII la peste había sido el mayor enemigo de la especie humana y a partir de esas fechas fue sustituida por la viruela, hasta que en 1796 el doctor Jenner descubrió en Gloucester (Gales) la vacuna. El doctor *Parcet*, (1831) lo describiría años más tarde así:

“El inmortal doctor Jenner descubrió que las vacas padecían en sus ubres una especie de viruela que allí llaman cow-pox. De tiempo antiguo se sabía que quienes ordeñaban las vacas que padecían esa afección se contagiaban con ese mal, y después de haberlo pasado se observó que ninguno de ellos contraía la viruela. De esta averigüación dedujo el sabio Jenner que, insertando el cow-pox al hombre, le preservaría de la viruela pú solo en práctica y salió al efecto como había pensado”. (cfr. Nadal 1971:95)

En la Península Ibérica durante el siglo XVIII apareció la fiebre amarilla, que era transmitida por el mosquito *Aedes Aegyptus* (descubierto por el médico cubano Carlos Finlay en 1900), insecto que muere por debajo de los diecisiete grados centígrados. No es de extrañar, por tanto, que la enfermedad se produjera sobre todo en zonas cálidas. Las epidemias europeas se localizaron en los puertos andaluces con fuertes contactos marítimos con la América tropical.

El contagio de la fiebre amarilla arraigó en Cádiz (que era el puerto del monopolio con América), en 1705, 1730, 1733, 1744, 1753 y 1764. Luego, decretada la libertad de comercio, la nueva epidemia gaditana de 1800 se trasladó a Sevilla y a Jerez. En esta ocasión las cuentas son bastante precisas: 7.387 víctimas en Cádiz, de un total de 57.500 pobladores; 14.685 en Sevilla, sobre 80.568 personas empadronadas; unas 1.000 en Jerez, sobre 33.000.

La epidemia de 1800 abrió un periodo catastrófico en la antigua Bética. La fiebre alcanzó a Medina Sidonia en 1801, a Málaga en 1803 (6.884 muertos entre 51.745 habitantes) y a la mayor parte de las ciudades andaluzas, así como a algunas levantinas, en 1804.

La lucha contra las pandemias es siempre misión compleja, abarcando lo mismo a la enseñanza, al ejercicio de la medicina y a la prevención higiénico-sanitaria. En el aspecto médico, merecen destacarse dos realizaciones principales: 1ª) la creación de los Colegios de Cirugía de Cádiz (1748), Barcelona (1760), Madrid (1780), Burgos y Santiago (1799), que constituyeron notorias anticipaciones al primer Reglamento General de Instrucción Pública, que votarían las Cortes de 1821. 2ª) La intervención de los remedios curativos, mediante la publicación, en 1794, de una Farmacopea general y oficial, pues las farmacopeas anteriores habían regido siempre en ámbitos muy restringidos. En cuanto a

medidas preventivas, destaca la construcción de los lazaretos de Algeciras (en 1744), y de Mahón (en 1793-1807), este último de extraordinaria capacidad y relevancia.

El progreso sanitario demandaba ya un medio que permitiera medirlo, es decir, exigía buenas estadísticas, las cuales comenzaron a desarrollarse en el siglo siguiente.

A.2. Siglo XIX

Durante el siglo largo que va desde comienzos del XIX hasta el estallido de la Gran Guerra (1914), Europa abandonó el antiguo régimen demográfico e inició la transición hacia otro sistema que se caracteriza por una mayor supervivencia y una menor fecundidad. Esta aseveración también es válida para España, pero con algún retraso.

Entre 1820 y 1900 el PIB per cápita creció en los países europeos (de media y en términos reales) el 124%. En España en ese mismo periodo creció el 92%, Maddison (1995). Ese retraso español también se dio en el campo demográfico. Se estima que al inicio del siglo XIX España tenía más habitantes que Inglaterra, pero en 1850 estaba ya por detrás (15 millones frente a 18).

Fue durante el siglo XIX cuando se consiguió la conversión de materia inanimada (carbón, petróleo...) en energía, lo cual supuso que ya no se dependía de la tierra para alimentar a los animales de tracción. Se calcula que la producción mundial de carbón (europea y norteamericana en su gran mayoría) se multiplicó por diez entre 1820 y 1860, y de nuevo volvió a multiplicarse por diez en los sesenta años siguientes.

Según señalaron Reinhard y Armengaud (1961), la Europa mediterránea (Grecia, Italia, España) se modernizó durante el siglo XIX, pero muy parcialmente. Ni la apertura del Canal de Suez ni el crecimiento del África septentrional la beneficiaron. A la postre, sólo Italia conseguiría alzarse a finales del siglo XIX al nivel de las grandes potencias.

Entre el censo de 1799 y el año 1822 prácticamente no existen en España datos oficiales sobre el número total de habitantes. A finales de 1821 el Gobierno constitucional procedió a realizar un recuento de la población, cuyo resultado se publicó el 3 de marzo de 1822. Ese recuento arrojó una población de 11.662.000 habitantes en “la península e islas adyacentes”.

Cuatro años después, en 1826, Sebastián de Miñano (1921) “*a fuerza de importunidades y dispendios*” pudo estimar una población española de 13.698.000 habitantes “*sin contar el estado eclesiástico ni el militar porque ni del uno ni del otro hemos podido adquirir datos que puedan llamarse seguros*”.(cfr. Romero de Solís 1973:169-170) Miñano estimó que había en ese momento 122.800 eclesiásticos y 114.800 militares. También estimó en 127.300 la población de “*pobres, vagabundos, gitanos y hospitalizados*”. Todo lo cual arrojaba una población en torno a los 14 millones de habitantes.

El método que siguió Miñano para establecer el cómputo consistió en dirigirse a todas las autoridades de las provincias y posteriormente escribir, separadamente, a cada uno de los curas párrocos, “*los cuales -dice Miñano- han correspondido en lo general a nuestros deseos con la mayor benevolencia, y dándonos aquellas nociones que más se acercan a la verdad. Pero con todo eso todavía nos consideramos muy distantes de haber tocado el verdadero punto de la exactitud*”.(Romero de Solís 1973:170).

A partir de las estimaciones de Miñano, Moreau de Jonnes (1835), calculó que había en España una población de 14,5 millones de habitantes en 1834. Admitiendo los cálculos de Moreau, que Pascual Madoz consideró ajustados, durante los 36 años anteriores a 1834 la población española había aumentado, de media, unos 110.000 habitantes cada año, cifra que algunos tratadistas posteriores consideraron hinchada por excesiva.

Sea como fuere, si a este salto demográfico unimos la rápida recuperación de la economía tras la guerra de la Independencia, podremos entender mejor el notable optimismo de Madoz (1847) con el que declaraba que hacía muchos años *que España suplía enteramente su consumo de pan y aún en 1829 exportaba más de un millón de fanegas de trigo*.

Se puede afirmar sin demasiado riesgo que entre 1800 y 1850 la población española creció casi un 50% (en Europa occidental creció el 45%) y entre 1850 y el inicio del siglo XX volvió a crecer, pero sólo el 20% (véase Tabla A.4); es decir, que el crecimiento demográfico español durante la segunda mitad del siglo XIX fue bajo en comparación con el de la mayoría de los países europeos, aunque ligeramente superior al de Francia.

Tabla A.4. La población española en el Siglo XIX

Años	Población (en miles)
1797	10.541
1857	15.455
1860	15.645
1877	16.622
1887	17.534
1897	18.594

Fuente: Vicens Vives, (1957): Historia de España y América Social y Económica

A ese bajo crecimiento demográfico español durante la segunda parte del siglo XIX no fue ajena la oleada emigratoria (ver Tabla A.5). Volveremos sobre el fenómeno migratorio durante el siglo XIX al final de este apartado.

Tabla A.5 . Saldo migratorio anual (en miles de personas)

Años	Población (en miles)
1882-1885	-5,7
1886-1890	-15,2
1891-1895	-20,9
1896-1900	+9,0

Fuente: Vicens Vives (1957) : Historia de España y América Social y Económica

Los datos, disponibles a partir de de 1858, nos permiten construir el cuadro A1 del Anexo, donde se recogen los nacimientos, defunciones y matrimonios, con las tasas brutas correspondientes. Estos datos muestran que en España - con excepción del año 1885 (“el año del cólera”)- se aseguró durante la segunda mitad del siglo XIX un crecimiento vegetativo positivo y una nupcialidad relativamente elevada.

Por otra parte, como señaló en su día Sánchez Albornoz (1963), las grandes carestías precedieron a la disminución demográfica: en 1812, durante la guerra de la Independencia, pero también en 1817, en 1823-25, en 1837, en 1847, en 1856-57, en 1868, en 1882, y en 1887 el país se vio condenado a la reducción de su potencial humano como resultado de la falta de recursos alimenticios.

Durante la primera parte del siglo XIX, la política gubernamental fue poblacionista y a ello se aplicaron múltiples cédulas reales y decretos que obtuvieron resultados deprimentes y a partir de 1858 el Estado se empieza a inhibir.

Ya el higienista Monlau (1847:4) había escrito en 1847 que la política demográfica del Gobierno debería limitarse “*a procurar salud, porque la salud trae como anejos la seguridad, la libertad y la comodidad*”.

Un dato significativo: en 1846, el catedrático de la Universidad de Madrid, Eusebio M. del Valle, dio a la imprenta la primera traducción del “Ensayo sobre el principio de la población” de Thomas R. Malthus.

a) Nupcialidad

Desde 1858 hasta finales del siglo, la nupcialidad creció leve pero claramente (8,4 por 1000 en 1899). La intensidad de la nupcialidad (la unidad menos la proporción de solteros definitivos) fue del 89,9% en 1887 y a ese nivel se mantuvo durante el resto del siglo XIX.

b) Fecundidad

Antes de entrar en la descripción y el análisis de la fecundidad es preciso aclarar algunos términos de uso en Demografía que vamos a utilizar a continuación:

La tasa bruta de natalidad se calcula dividiendo los nacimientos de un año por la población total en la mitad de ese año (1 de julio). Pero como todas las tasas brutas, ésta también se ve interferida por la estructura por edades de la población.

Por eso resultan más eficientes otros índices, pero para calcularlos, es preciso disponer de clasificaciones de los nacimientos según la edad de las madres.

Desde que las estadísticas oficiales comenzaron a clasificar los nacimientos según la edad de la madre⁵⁸, los demógrafos comenzaron a elaborar un índice al que denominaron Tasa Bruta de Reproducción (TBR). La TBR representa el número de hijas que tendría una mujer a lo largo de su vida fértil. Para afinar más el índice, calcularon también la Tasa Neta de Reproducción (TNR), que sería el número de hijas por mujer que sobreviviría hasta la edad media en la cual “las madres” tuvieron a sus hijos.

Ambas tasas pretendían aproximarse al grado de reposición que suministraba la fecundidad de un país: bruta (sin la mortalidad de las hijas) o neta (descontando esa mortalidad). Si la TNR era mayor que 1 se aseguraría la reposición generacional; si fuera menor no se aseguraría. A partir de los años sesenta del siglo XX los demógrafos empezaron a desterrar estos términos y comenzaron a utilizar todos los nacimientos, y no sólo los femeninos, distinguiendo, además, entre índices del “momento” (transversales) e índices generacionales (longitudinales). Por eso hoy nos encontramos con los siguientes conceptos:

Descendencia Final (DF): número total de hijos que, como media, ha tenido una mujer a lo largo de su vida fértil. Como es obvio, la descendencia final sólo se puede calcular de forma longitudinal, diacrónica, es decir, siguiendo el comportamiento fecundo desde el inicio de la fertilidad (14 años, por ejemplo) hasta su final (hacia la edad de 50 años).

Si en lugar de medir la fecundidad por generaciones (longitudinal o diacrónica) se busca medir la fecundidad durante un año determinado (índices transversales, del momento, sincrónicos, lo que en inglés se denomina *cross section*), el indicador recibe el nombre de Índice Sintético de Fecundidad (ISF), que no es otra cosa que la suma de las tasas de fecundidad de un año determinado, o lo que es lo mismo: el número de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida fértil si estuviera sometida a las pautas de fecundidad que se observaron durante ese año.

Dado que la proporción de niñas en el momento del nacimiento se puede considerar constante en el tiempo e igual al 48,8%, pasar del ISF (o de la DF) a la TBR es bien sencillo: $ISF \times 0,488 = TBR$, y lo mismo ocurriría en el caso longitudinal $DF \times 0,488 = TBR$ de esa generación.

Se suele aceptar que por debajo del 2,1 de la DF o del ISF no se asegura la reposición generacional.

En 1858 hubo en España 546.200 nacimientos, lo cual permite estimar en un 35,2 por 1000 la tasa bruta de natalidad. Tasa que en 1899 había descendido al 34,2 por 1000. La

58 En España en 1922

tasa bruta de natalidad desde 1858 hasta final del siglo XIX fluctuó en España entre el 39,2 por 1000 de 1864 y el 33,8 por 1000 de 1862.

Ya en los años finales del siglo XIX y los años iniciales del siglo XX, Chesnais (1986) indica que las tasas brutas de natalidad (TBN) en diversos países europeos habían alcanzado los siguientes niveles (de menor a mayor): Francia, 21,2 por 1000 habitantes; Suecia, 26,1; Inglaterra, 28,1; Italia, 32,6; Alemania, 34,3; Austria 36,4 y Rusia, 47,8 y el número medio de hijos por mujer (ISF) en esa época fue el que recoge la Tabla A.6:

Tabla A.6.Finales del siglo XIX: Hijos por mujer (ISF) y tasa bruta de natalidad (TBN) por 1000

País	ISF	TBN	TBN/ISF
Suecia	3,91	26,1	6,68
Inglaterra	3,4	28,1	8,26
Alemania	4,77	34,3	7,2
Francia	2,79	21,2	7,6
Italia	4,43	32,6	7,36

Fuente: Chesnais, J.C.(1986) : *La transition démographique*. París: INED.

Aplicando la media de las ratios (TBN/ISF) de la última columna de la tabla I.6 a la Tasa Bruta de Natalidad española a finales del siglo XIX (años 1889-1900) obtenemos una aproximación al número de hijos por mujer (ISF) correspondiente a finales de aquel siglo, que sería de 4,58 hijos por mujer, lo cual coloca a España en el nivel más alto de la fecundidad finisecular europea.

En los cuarenta años que separan 1870 de 1910 en casi todos los países europeos la fecundidad se redujo desde un mínimo en torno al 10% (Finlandia, Italia) a un máximo de más del 40% (Gran Bretaña). Esa reducción de la fecundidad en Europa se produjo, en general, después de 1870 excepto en Francia, pionera del control de nacimientos, que ya a mediados del siglo XIX tenía niveles claramente más bajos que la media europea. Muchos años después, en vísperas de la Gran Guerra, 1914-1918, la ISF francesa estaba ya por debajo de los niveles de reemplazo (2,1).

Por otra parte, en España la proporción de nacimientos de mujeres no casadas sobre el total de nacimientos fluctuó entre el 5,5% en 1858-59 y el 4,5% que se registró al inicio del siglo XX (1900-1904).

c) Mortalidad

“El gusto por la vida en el anciano fue anterior al progreso de la medicina”, escribió Ariès (cfr. Livi Bacci 1999:143). En efecto, la nueva actitud ante la muerte fue ya un factor de progreso social a finales del siglo XVIII y principios del XIX.

Las razones del considerable aumento de la supervivencia durante el siglo XIX –según ha escrito Livi Bacci, M. (1999:143) son al mismo tiempo *“de una simplicidad extrema y de una gran complejidad”*.

Durante el siglo XIX la esperanza de vida se prolongó en Europa a un ritmo de dos o tres meses por año, pero desentrañar el complejo tejido de las causas de aquel descenso de la mortalidad no es cosa sencilla. Determinar la parte que corresponde a la mejora de los niveles de vida, especialmente de la alimentación, y la parte de ese descenso que corresponde a los descubrimientos médicos y a sus aplicaciones por un lado, y deslindar, por otro, el papel de la sanidad pública y el atribuible a los cambios de comportamiento individuales no es labor que pueda llegar fácilmente a conclusiones. El hecho de que las conexiones entre unas y otras causas sean muy estrechas dificulta aislar la contribución que cada uno de esos distintos elementos tuvo en aquella caída de la mortalidad.

En el pasado, se atribuyeron a menudo los grandes retrocesos de la mortalidad del siglo XIX a los avances de la medicina. Sin embargo, hoy la opinión predominante es que los procedimientos terapéuticos eficaces no surtieron efecto antes del siglo XX (el caso de la viruela es una excepción). La incidencia del tifus, por ejemplo, ya había disminuido muchos años antes del descubrimiento de su transmisión a través del piojo (1909) y la de la malaria también retrocedió antes de que Ross (1897) demostrase que la enfermedad se transmitía por medio de la picadura de un mosquito. En cuanto a la tuberculosis, cuyo agente fue aislado por Koch en 1882, no se combatió con medidas terapéuticas eficaces hasta la mitad del siglo XX. Las ciencias biológicas y médicas a finales del siglo XIX ya habían sentado las bases de una serie de actuaciones contra las enfermedades infecciosas, pero no se disponía de tratamientos específicos eficaces.

En cualquier caso, se puede asegurar que la disminución de las crisis de subsistencia representó un primer avance real y se produjo en las primeras décadas del siglo XIX. Sin embargo, una mejora generalizada de la alimentación no se evidenció hasta comienzos del siglo XX.

Los pocos datos disponibles de fallecimientos clasificados según la edad del fallecido no permiten construir tablas de mortalidad hasta el comienzo del siglo XX, pero existen estimaciones que colocan la esperanza de vida española al nacimiento durante la segunda mitad del siglo XIX algo por debajo de los 30 años, con una leve diferencia a favor de las mujeres.

Nadal, J.(1971) elaboró una tabla de mortalidad para 1860 con datos parciales obtenidos por Merino (1866). Por su parte, Lasheras publicó en 1947 una estimación para 1880. La de Merino (1860) arrojó una esperanza de vida al nacimiento de 29,7 años y la de Lasheras (1880) de 29,1 años, ambas referidas a la población total.

Para comparar la mortalidad española con la de los países del resto de Europa tomaremos los datos que para el siglo XIX publicó Livi Bacci, M. (1988). Véase Tabla A.7.

Tabla A.7. Esperanza de vida al nacer en algunos países europeos, (1800-1850-1880)

País	1800-1809 (1)	1850-1859 (2)	1880 (3)
Suecia	36,5	43,3	48,5
Inglaterra	37,3	40	43,3
Holanda	32,2	36,8	41,7
Alemania	-	-	37,9
Rusia	-	-24,4	27,7
Francia	33,9	39,8	42,1
Italia	-30	-32	35,4
España	28	29,8	31

Fuente: Livi Bacci, M. (1988) (1) Holanda, 1816-1825, (2) Holanda: media 1841-1850 y 1851-1860; España 1863-1870, Suecia, Alemania y Holanda, (3) media 1871-1880 y 1881-1890; Inglaterra 1876-1880

España y Alemania no dieron pasos decisivos contra la mortalidad hasta finales del siglo XIX, mientras que la situación en Rusia era de gran atraso en esa época finisecular. Entre el comienzo del siglo XIX y el comienzo del XX la esperanza de vida aumentó en Europa entre 15 y 20 años.

En España, el progreso médico durante el siglo XIX fue más lento que en la mayor parte de los países europeos, confirmándose en nuestros lares las palabras que Alfred Sauvy escribió a propósito de la demografía del siglo XIX:

“La medicina y aun la investigación científica eran comerciales, el progreso de las técnicas médicas y su difusión sólo eran posibles en cuanto fueran aparejados con el progreso técnico en general y con el ensanchamiento del soporte económico”.(cfr. Nadal 1971:96).

No son ajenas a la mortalidad de la época las diversas epidemias que azotaron la Península durante el siglo XIX. En el curso de ese siglo, la fiebre amarilla atacó a Cartagena en 1810, 1811 y 1812, a Sevilla y a Cádiz en 1819, a Barcelona (6.244 víctimas), y otros puertos catalanes en 1821, a las islas Canarias en 1861 y 1862, y por último, a Alicante, Valencia, Barcelona y Palma en 1870. Con el progreso higiénico y sanitario, la virulencia del contagio fue decreciendo.

Durante el siglo XIX apareció en España una nueva epidemia: el cólera. Nadal(1971:133-134), lo ha descrito así:

“(…) enfermedad endémica de ciertos territorios asiático, a partir de 1830 se desbordó sobre Europa en cuatro oleadas sucesivas, la endemia se convirtió en epidemia o, mejor dicho, en pandemia. Las invasiones europeas del cólera se caracterizan por una irradiación extraordinaria. En cada ocasión el mal se extiende en forma de lento pero implacable rodillo. Baste decir que, en 1832, los médicos españoles pudieron predecir sin equivocarse, la invasión del año siguiente, o que, en 1854, fueron 4.983, de un total poco superior a 9.000, las localidades españolas atacadas. Al contrario que la fiebre amarilla, el cólera se caracteriza menos por la intensidad que por la extensión de la dolencia”.

Veamos la secuencia de esas epidemias con algún detalle: en 1833, el cólera morbo asiático asoló el país durante dos años (enero de 1833 a enero de 1835) atacando a casi medio millón de personas, de las que murieron 102.511. En 1853 hubo una segunda oleada de

cólera que duró desde noviembre de 1853 a marzo de 1856 e hizo casi el doble de víctimas que la anterior. Esa segunda pandemia colérica, “salida” de Indostán en 1842, alcanzó a Constantinopla en 1847 y a Vigo, “*por el mal régimen de lazareto*”, en noviembre de 1853. El foco fue Galicia, en donde “*el hambre había sido precursora del cólera*”, el foco pudo ser controlado, pero en julio de 1854 la enfermedad penetró desde Marsella a Barcelona, corriéndose de allí a todo el litoral mediterráneo y las tropas de O’Donnell contribuyeron a extender el cólera desde Andalucía a Madrid.

En el año 1859 fueron invadidas por el cólera las provincias de Jaén, Málaga y Valencia, cuya invasión se repitió con mayor fuerza en el de 1860, en que alcanzó a las de Alicante, Almería, Cádiz, Córdoba, Cuenca, Ciudad Real, Granada, Jaén, Málaga, Murcia, Sevilla, Toledo y Valencia.

En 1865, una tercera epidemia de cólera segó en España casi 300.000 vidas en sólo seis meses. Valencia, donde habría introducido el mal un mercader francés procedente de Alejandría, fue el foco de expansión de aquel contagio. En 1870, entre agosto y diciembre, una epidemia de fiebre amarilla se llevó la vida de 1270 personas tan solo en Barcelona.

En 1885, una última epidemia de cólera morbo asiático asoló el campo andaluz, computándose alrededor de 120.000 víctimas, de un total de 340.000 infectados. Se produjo una fuerte sobremortalidad femenina (131 mujeres infectadas por cada 100 hombres), así como una concentración de óbitos en el grupo infantil, (16.689 fallecidos de 0 a 3 años), que repercutiría, pasados unos 15 o 20 años, en la oferta de brazos y en las tasas de natalidad de las provincias más afectadas.

Puede afirmarse, por lo tanto, que en el siglo XIX la demografía española pagó a la mortalidad derivada de las enfermedades epidémicas un tributo muy superior al pagado a través de la emigración.

d) Emigración

En 1800, los Estados Unidos tenían una población de cinco millones de habitantes y al inicio del siglo XX eran ya cien (130 millones en 1940). Las guerras, las persecuciones políticas y religiosas en Europa, la búsqueda de tierras fértiles, la posibilidad de mejores sueldos en la industria y la escasez de mano de obra en los países de destino permitieron y alentaron los grandes movimientos desde Europa hacia el Nuevo Mundo, especialmente hacia los Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil y Australia. Los grandes países de acogida tenían, durante esta etapa de emigración masiva, unas características similares en lo que concierne a: escasez de mano de obra, abundancia de recursos naturales, rápido crecimiento económico y atracción de capitales foráneos.

Las migraciones, junto a las fuertes inversiones en infraestructuras, fueron elementos que explican el fuerte crecimiento económico que acompañó a esos procesos, Leguina (2002:5):

“Dos hechos sin precedentes en la Historia –escribió entonces James Bryce- han acelerado la emigración. El primero es la baratura y la rapidez extraordinarias del transporte por mar. El segundo, la facilidad que los métodos modernos de publicidad dieron a las compañías de navegación –y que ellas han usado sin escrúpulos- para decidir a los campesinos de los rincones más apartados de Europa a buscar más allá de los mares una nueva patria”.

La emigración más fuerte hacia el Nuevo Mundo durante los años centrales del siglo XIX tuvo lugar en Gran Bretaña, Irlanda, los estados alemanes y los países escandinavos. A partir de 1880, la Europa mediterránea con Italia a la cabeza y los países del Este fueron los que tuvieron las tasas de emigración más notables, alcanzando su máximo en vísperas de la Gran Guerra (1914-1918).

La emigración trasatlántica tenía una vocación definitiva, con unas muy bajas tasas de retorno. Viajaban hacia allí familias enteras, muchas de ellas con oficios artesanales. La emigración tardía, es decir, aquélla que se produjo a finales del XIX y durante los primeros años del siglo XX, fue esencialmente masculina, de baja cualificación profesional y con altas tasas de retorno. Estos jornaleros y agricultores se ubicaron, sin embargo, en áreas urbanas e industriales en los países de destino.

Los Estados Unidos recibieron entre 1815 y 1930 a 32 millones de europeos y a casi cinco millones procedentes de otras áreas. Sin embargo, el impacto de la inmigración fue mayor en Argentina (6,5 millones de inmigrantes sobre una población mucho menor).

La emigración tardía, presentaba características relativamente homogéneas. Vale decir, mayoría de hombres jóvenes (el 76% de los inmigrantes que entraron en Estados Unidos entre 1868 y 1919 se concentraba en las edades 15-39 años), de baja cualificación y que emigraban sin familia, lo cual les permitía maximizar las ganancias a lo largo de la vida laboral y elevar sus tasas de ahorro.

A partir de 1853 la legislación española eliminó los obstáculos que existían para poder emigrar. Las posibilidades migratorias encontraron salida tanto hacia América como hacia el África de la orilla sur del Mediterráneo, donde una serie de naciones y de colonias ofrecieron una oportunidad a los emigrantes españoles.

La corriente desde las provincias levantinas hacia Argelia se remonta al origen de la colonización de este territorio, iniciada por los franceses a partir de 1830. La miseria derivada de la alternancia de terribles sequías y desastrosas inundaciones, la rapidez y baratura del viaje, la facilidad del regreso, la seguridad del emigrante de hallarse rodeado de compatriotas y conocidos, la analogía del paisaje, explican en buena parte el desplazamiento de importantes contingentes de almerienses, murcianos y alicantinos, y en menor grado, también valencianos y castellanenses, a tierras del norte de África.

Dos países se disputaron la emigración española trasatlántica: Argentina y Brasil. Argentina canalizó la mayor parte de la emigración transoceánica española por ser sus posibilidades económicas más tangibles. También porque en contra de lo sucedido hasta entonces (admisión exclusiva de comerciantes y de domésticos) a partir de 1857 las autoridades permitieron recibir gran número de agricultores y de artesanos. En efecto, en 1876 entró en vigor la Ley argentina de inmigración, muy propicia al establecimiento de colonos europeos.

Entre 1857 y 1915 desembarcaron en la República Argentina 4.445.760 inmigrantes, de los cuales 1.497.741 fueron españoles (Ver Tabla A.8).

Tabla A.8. La emigración española hacia Argentina

Períodos	Emigrantes
1857-1860	3.370
1861-1865	6.401
1866-1870	16.226
1871-1875	28.458
1876-1880	11.068
1881-1885	23.133
1886-1890	135.709
1891-1895	36.450
1896-1900	95.264

Fuente: Romero de Solís, (1973) :La Población española en los siglos XVIII y XIX

Por su parte, las estadísticas de salidas por mar, disponibles desde 1882, arrojan el balance que se recoge en la tabla A.9:

Tabla A.9. Movimiento de pasajeros por mar. Saldo neto (salidas menos entradas)

Años	Saldo
1882	13.286
1883	3.901
1884	4.839
1885-1889	115.295
1890-1894	59.026
1895-1899	32.075

Fuente: INE (1956) Movimiento de buques y pasajeros por mar con el extranjero, Madrid. Elaboración propia

e) Evolución económica

El siglo XIX fue de crecimiento lento, mostró retraso respecto a la norma europea. Para un mejor análisis de las causas debemos realizar una prospección teniendo en cuenta el marco regional, no solo el ámbito nacional. Efectivamente, se puede observar una pauta en los países latinos, España, Portugal e Italia, diferente a los países de la Europa septentrional.

En lo que se refiere a España, durante el siglo XIX se aprecian dos fases bien diferenciadas: una primera mitad, desde 1800 a 1840, coincidente con el final de la guerra carlista, de estancamiento económico. A continuación, un periodo de lenta recuperación entre 1840 y 1860, para terminar el siglo con un proceso de crecimiento que va ganando velocidad en el siglo siguiente.

Las características de la economía española eran las de un país tradicional, agrario, ignorante y atrasado respecto a Europa.

Entre los factores del retraso se encuentran algunos relativos a los recursos físicos del país, los de orden institucional y los relativos al capital humano.

Entre el primer grupo de factores, el desarrollo económico es el resultado de dos grupos de factores: recursos físicos y tecnología y conocimiento disponible: Tortella y Nuñez (2012).

Sin duda, la riqueza de la tierra de la geografía septentrional no era comparable a la fertilidad de las tierras de España, o de Portugal, incluso de Italia. En palabras de Pounds (1947:217-219): *“Hay grandes áreas, especialmente en la Meseta, que apenas tienen suelo cultivable, y en otras zonas la pluviosidad es tan baja que el terreno es como la estepa. El problema agrario gira en torno a la pluviosidad y a la fertilidad del suelo. En el Norte, donde llueve lo bastante, y a veces más de lo bastante, el país es montañoso y el suelo pobre y erosionado (...) En la costa mediterránea las montañas peladas llegan hasta el mar, pero aquí y allá se encuentran pequeñas zonas fértiles e irrigables que forman las huertas y vegas intensamente cultivadas. (...) En la Meseta (...el) país es naturalmente seco, pobre e improductivo”*.

En lo que respecta a las técnicas agrícolas, solo decir que en la Europa latina seguía usándose el arado romano que arañaba la superficie y el cultivo de cereales al modo año y vez, frente al arado pesado usado en la revolución agrícola de los países norteros y la agricultura intensiva combinada con la ganadería, innovaciones usadas desde la Edad Media y la Edad Moderna.

El sector agrícola falló en España como fuente de capital para la industria, inmovilizó a la mayoría de la población en el campo y los mantuvo en bajos niveles de subsistencia.

Es importante reseñar el caso de Cataluña, que tuvo un comportamiento demográfico más similar a la evolución general europea, es decir, se produjo antes el abandono del régimen demográfico antiguo, probablemente vinculado a una estructura económica diferente a la del resto del país.

Como se aprecia en las tablas A.10 y A.11, el porcentaje de población dependiente del sector agrícola poco más de la mitad que la media en España, el sector terciario ocupa porcentajes similares de la población, estando mucho más desarrollado el sector industrial. Como veremos posteriormente, esto tuvo incidencia incluso en la evolución de los seguros sociales.

Tabla A.10. Distribución sectorial de la ocupación en Barcelona (%)

Fecha	Sector I	Sector II	Sector III
1860	37.5	41.4	21.1
1877	34.3	37.2	28.5
1887	30.1	47.5	22.4
1900	38.6	35.4	25.9
1910	27.5	46.0	26.5
1920	13.5	62.6	23.9
1930	11.2	61.7	27.1

Fuente: Pérez Moreda (1984): *“Evolución de la población española desde finales del antiguo régimen”*. Papeles de Economía Española n^o 20, pp: 20-38.

Tabla A.11. Distribución sectorial de la población ocupada en España (%)

Fecha	Sector I	Sector II	Sector III
1797	65.3	12.8	21.9
1860	63.5	17.3	19.2
1877	64.1	15.3	20.6
1887	64.7	17.1	18.1
1900	64.8	17.4	17.8
1910	66.0	15.8	18.2
1920	57.3	21.9	20.8
1930	45.5	26.5	28.0

Fuente: Pérez Moreda (1984): "Evolución de la población española desde finales del antiguo régimen". Papeles de Economía Española n.º 20, pp: 20-38.

Los países que se convirtieron en potencias industriales durante el siglo XIX, como Alemania, Dinamarca o Suecia, son los que habían obtenido mejores rendimientos agrícolas, lo que les permitió la acumulación de capital necesaria.

A la falta de estas condiciones previas para el desarrollo, se sumaron razones de tipo institucional. Los elevados déficits presupuestarios estructurales, consecuencia de una gestión sinceramente mejorable de la Hacienda Pública y de la necesidad de endeudamiento para hacer frente a contiendas bélicas como la que le llevó a la alianza con Francia para apoyar la rebelión de las colonias norteamericanas frente a la metrópoli inglesa.

Los gastos militares sumados a las pérdidas comerciales, obligó al Estado a buscar mecanismos de financiación de su deuda, como por ejemplo la fundación del Banco de San Carlos en 1782 y la emisión de vales reales como formas novedosas de deuda pública.

Las consecuencias económicas fueron obvias: encarecimiento del tipo de interés, absorción de recursos crediticios por parte del Estado, desplazando los préstamos del sector privado, consecuencias en la política monetaria y en el valor de la moneda.

A la larga, las necesidades financieras españolas repercutieron en la relación con las colonias, que se sintieron víctimas de la política de obtención de recursos del Estado, causa de la movilización independentista mexicana.

La venta de minas y tierras, el otorgamiento de concesiones a cambio de créditos, la subsiguiente creación de monopolios, privilegios y el incremento de la presión fiscal son algunas de las consecuencias de la deficiente gestión fiscal española durante los siglos XVIII y sobre todo, XIX.

Pero las razones del retraso económico estarían incompletas si no contemplásemos el analfabetismo.

Hacia 1900 el 50% de la población española no sabía leer ni escribir, un porcentaje similar a Italia, en Portugal era aun mayor. No resiste la comparación con el resto de los países europeos. Bélgica tenía una cifra del 19% y arrojaba uno de los peores resultados entre los países desarrollados o nórdicos.

La relación entre alfabetización y desarrollo es evidente. Tortella y Nuñez (2012:43-44) recuerda que “(...) Sandberg hace unos años, al ordenar 21 países europeos por tasas de alfabetización en 1850, y mostrar que esta ordenación se correspondía casi exactamente con la de estos mismos países según su renta por habitante en 1970, pero no en 1850. Su conclusión era que las tasas de alfabetización (...) son un predictor asombrosamente bueno de la renta por habitante” a muy largo plazo”.

La alfabetización facilita la capacidad de adaptación del individuo a nuevas situaciones, supone una inversión en capital humano que incrementa la productividad del trabajo y mejora el rendimiento del capital.

Las causas de la baja alfabetización en España son diversas. En primer lugar, las altas tasas de natalidad y de mortalidad, con esperanzas de vida cortas, plagadas de obstáculos como epidemias, hambre y miseria, desaniman a la inversión en educación, porque esta requiere tiempo.

Tabla A.12. Tasas de analfabetismo en seis países europeos (1850-1910) en porcentaje

Año	España	Bélgica	Francia	Inglaterra	Italia	Rusia
1850	75	47	42	38	75	90
1860	73	42	37	31	72	88
1870	71	36	32	24	69	86
1880	69	31	27	17	62	85
1890	61	26	22	8	55	83
1900	56	19	17	3	48	81
1910	50	15	13	0	38	79

Fuente: Tortella (2012) a partir de Cipolla (1969); Reis (1993); Zamagni (1992) y Banco Mundial

El cambio económico lleva a mejorar las posibilidades objetivas de inversión en capital humano, esto es, en educación. Pero, en ocasiones, ha sido la mejora en los niveles educativos la que ha precedido al cambio económico, y la mejora de la educación ha sido responsable de la innovación y del crecimiento económico.

En segundo lugar, la explicación de mejores niveles de alfabetización en los países europeos puede encontrarse en la evolución de la Iglesia.

La Reforma protestante es sinónimo de alfabetización a la que contribuyen activamente las nuevas iglesias, protestantes, calvinistas, etc. Sin embargo, la Contrarreforma católica impone un férreo control sobre la educación y la alfabetización que se manifiesta, por ejemplo, en la España de los siglos XVI y XVII, con la interrupción de la tradición ilustrada renacentista, la paralización de las escuelas de latinidad, la prohibición de libros o la persecución de libre pensadores.

La tercera de las razones podemos encontrarla en la actitud estatal. El Estado ha sido responsable de la carencia de oferta educativa pública como consecuencia de una inercia histórica y de falta de iniciativa política.

Sea como fuere, las consecuencias de la baja instrucción son demoledoras, se produce un círculo vicioso: La pobreza limita las posibilidades de inversión en educación, la falta de educación limita el crecimiento económico y, el estancamiento económico, genera más pobreza.

Si comparamos diversos países europeos se comprueba que existe una correspondencia entre el crecimiento poblacional y la modernización económica a lo largo del siglo XIX, Armengaud (1973:201-236). Como se ha visto anteriormente, la esperanza de vida española al nacer era la más baja de Europa, a excepción de Rusia, y la que experimenta un menor crecimiento. Las crisis de subsistencia, también referidas anteriormente, se correspondieron con alzas en la mortalidad. Sánchez Albornoz (1963,1964:27-40 y 1977) alcanza a que la relación entre hambre y muerte se produjo tanto cronológica como geográficamente, en 1856-1857 y 1867-1868 las provincias que sufrieron mayores alzas de precios fueron aquellas dónde menos creció la población.

1.3. El Siglo XX (Hasta 1936)

Desde el punto de vista demográfico, el periodo que se describirá a continuación (1900-1936) incluye un hecho tan desgraciado como llamativo: una epidemia de gripe, cuyos efectos mortíferos se detectan muy claramente en el pico del número de fallecidos que se produce en 1918 (véase Tabla A2 del Anexo).

Durante la epidemia de gripe (“gripe española” se la denominó en Europa⁵⁹) quienes sufrieron una mayor mortandad, que también se debió al aumento de la tuberculosis, fueron los niños y los jóvenes. Los nacidos durante la epidemia también sufrieron secuelas y malformaciones que les harían vivir menos años.

La gripe “española” es considerada la pandemia más mortífera de la Historia. El virus de origen aviar que la causó era el Influenza virus A, subtipo H₁N₁ que había sufrido 25 mutaciones, alguna de las cuales le permitió adaptarse al cuerpo humano y conseguir multiplicarse 50 veces más que la gripe común en un solo día de infección y 39.000 más en cuatro días. Se estima que murieron entre el 10% y el 20% de los infectados, lo que arrojaría entre 50 y 100 millones de fallecimientos en todo el mundo. En España se estima que murieron por esa causa unas 300.000 personas, según Leguina (1971), aunque las cifras oficiales de la época sólo admitieron 175.000.

La Gran Guerra, con el hacinamiento cuartelario y el movimiento de tropas facilitó la propagación de la epidemia. Al parecer, el primer caso se detectó en Fort Riley (Kansas) y cuando los soldados norteamericanos de Kansas fueron enviados a Francia trajeron el virus a Europa. Entre los fallecidos más notables estuvieron los artistas austríacos Koloman Moser, Gustav Klimt y Egon Schiele (pintores) y Otto Wagner (arquitecto), y en Francia murieron por esta causa los escritores Guillaume Apollinaire y Edmond de Rostand, el autor de “Cyrano de Bergerac”.

Se calcula que los países europeos involucrados en la Gran Guerra movilizaron 58 millones de hombres durante los cinco años que duró la lucha, cifra que equivalía aproximadamente a la mitad de la población activa masculina de los países implicados. La cifra de muertos y

⁵⁹ Se llamó así no porque la epidemia naciera en España sino porque la prensa española fue la única de los países grandes que publicó datos de enfermos y fallecidos a causa de la gripe, pues en la mayor parte de los países europeos, por estar en guerra, funcionaba la censura.

desaparecidos se elevó a unos 9 millones, equivalente al 15,5% de los movilizados. A esas pérdidas militares hay que añadir las pérdidas civiles y las provocadas indirectamente por la recuperación de mortalidad ocasionada por el aumento de las enfermedades infecciosas. Las pérdidas directas e indirectas ocasionadas por la guerra en Europa —excluida Rusia— se evaluaron en 22 millones.

Por un acuerdo internacional, desde el inicio del siglo XX se comenzaron a levantar censos en los años terminados en cero con fecha censal en el 31 de diciembre (última hora del último día del año). Se escogió esa fecha y hora por ser el único momento del año en que generaciones y edades coinciden (todos los nacidos en el año censal tienen en ese momento cero años cumplidos, todos los nacidos en el año anterior al censal tienen un año, etc.). Sin embargo no es una buena fecha, pues coincide en buena parte del mundo con las fiestas navideñas, que producen mayor movilidad domiciliaria que el resto del año, por eso a partir de los años ochenta del siglo XX la mayor parte de los países europeos cambiaron las fechas censales. En cualquier caso, estos censos modernos suministraron mejores datos y más explicativas clasificaciones, con lo cual se dispuso de series demográficas más fiables y continuas.

El censo español de 1900 contabilizó una población de 18.594.405 habitantes y el último censo antes de la guerra, el de 1930, 23.563.867 habitantes (ver Tabla A.13):

Tabla A.13. Población española según censos

Año Censal	Hombres	Mujeres	Total
1900	9.071.965	9.522.440	18.594.405
1910	9.674.168	10.252.982	19.927.150
1920	10.315.655	10.987.507	21.303.162
1930	11.498.301	12.065.568	23.563.867

Fuente: INE – Diversos Censos

En 1920 la URSS tenía 139,1 millones de habitantes, Alemania 52,3, el Reino Unido 43,7, Francia 39 e Italia 36,4. La población total de Europa en esa fecha posterior a la mortífera Gran Guerra se estima que era de 467,1 millones de habitantes. Veinte años después, al inicio de la II Guerra Mundial, había crecido hasta los 556,4 millones.

La etapa del siglo XX anterior a la guerra civil española estuvo marcada en nuestro país —tanto económica como demográficamente— por la conflagración europea (1914-1918). Veamos lo que escribió a propósito de España, Bernis (1923:98 ss): *“El equilibrio anterior a la Gran Guerra fue violentamente sustituido por una situación bien diferente. El consumo y la producción nacionales en su relación con el extranjero fueron gravemente modificados y presumo que a causa de ello sobran en el país más de trescientos mil españoles, que no hubiesen sobrado en otro caso”*.

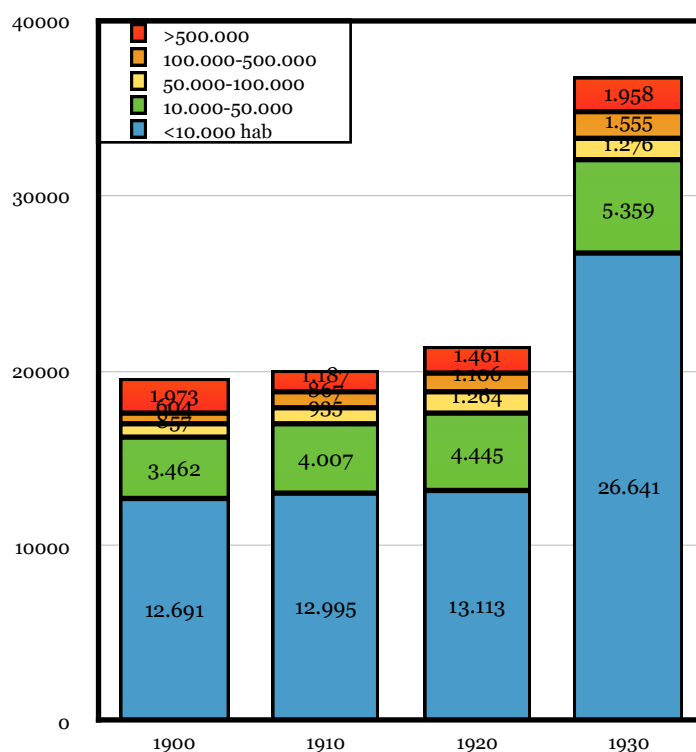
Las previsiones de Bernis se cumplieron en buena parte. Más adelante se volverá sobre ello.

Se asistió durante aquellos años (final de la Restauración, Dictadura primorriverista y II República) al inicio de lo que más tarde recibiría el nombre de “transición demográfica”, etapa que llegaba a España con algunos años de retraso respecto a los países más notables de Europa. Este proceso coincidió, lógicamente, con una creciente concentración urbana.

En efecto, el proceso de urbanización ya iniciado en el siglo anterior continuó, aunque lentamente, de suerte que a la altura de 1930 la población rural era aún muy alta.

En esa fecha los españoles que vivían en municipios con menos de 10.000 habitantes representaban respecto al total de españoles casi el 60%, mientras que no llegaban al 10% los que vivían en ciudades con más de medio millón de vecinos (véase Gráfico A.1).

Gráfico A.1. Distribución de la población española por tamaño de los municipios



Fuente: Carreras et al. (2005). Fundación BBVA

La teoría de la transición demográfica, formulada a raíz del fuerte descenso de la natalidad experimentado en muchos países occidentales durante las primeras décadas del siglo XX, y especialmente a partir de los años 20, es una de esas teorías a las que se les atribuyen varios padres, aunque E. W. Notestein es considerado por muchos como el autor de la formulación definitiva.

En resumen, esta teoría describe el paso de un sistema de equilibrio demográfico caracterizado por elevadas tasas de natalidad y mortalidad con un lento crecimiento a un sistema demográfico “moderno”, un nuevo equilibrio, también con lento crecimiento, pero debido a tasas de natalidad y mortalidad reducidas. Entre ambos estadios tendría lugar la fase transicional propiamente dicha, con un elevado crecimiento como consecuencia de un descenso de la mortalidad anterior al descenso de la natalidad, aunque hay países donde el descenso de la fecundidad fue simultáneo o incluso anterior al de la mortalidad.

a) Nupcialidad

La tasa bruta de nupcialidad (matrimonios anuales sobre el total de la población) sufrió una caída continuada y significativa, pasando del 8,5 por 1000 en 1901 al 6,1 por 1000 en 1935, y si se toma como indicador de la intensidad de la nupcialidad su complemento hasta la unidad, es decir, la proporción que mide la soltería definitiva, los indicadores longitudinales obtenidos a través de los distintos censos arrojan resultados coherentes con lo antedicho: Censo de 1900: 13,0% de solteras definitivas y esa proporción creció regularmente hasta el 15,8% en el Censo de 1930⁶⁰.

b) Fecundidad

Durante los años anteriores a la guerra civil la natalidad en España inició un leve pero apreciable retroceso, pasando de una tasa bruta de natalidad del 36,2 por 1000 en 1903 al 25,7 por 1000 en 1935. Durante todo ese periodo el crecimiento vegetativo (nacimientos menos muertes) fue positivo con la excepción de 1918, en que, a causa de la referida epidemia gripal, el saldo vegetativo fue negativo (-4 por 1000 habitantes).

Ese crecimiento vegetativo, que en primer año del siglo (1901) fue del 7,2 por 1000, pasó al 10,0 por 1000 en el año anterior a la guerra (1935). Por encima de ese 10 por 1000 estuvo el saldo vegetativo en los años 1903 (11,3); 1924 (10,1); 1926 (11,0) y alcanzó su máximo: 11,8 por 1000 en 1932.

La Descendencia Final (DF) de las generaciones nacidas entre 1871-1875 fue de 4,6 hijos por mujer y en las generaciones posteriores no hizo sino bajar. Las mujeres nacidas al final del siglo XIX tendrían de media al final de su vida fértil 3,5 hijos y las nacidas inmediatamente antes de la guerra (1931-1935) 2,7 hijos. Ver Tabla A.14:

⁶⁰ Se ha tomado como soltería definitiva la proporción de mujeres solteras en edades comprendidas entre 36 y 40 años, ambas incluidas. Los 40 años sería hoy una edad casi juvenil, pero en los años que aquí estamos analizando una "cuarentona" soltera en el pensamiento popular de la época se había quedado "para vestir santos"

Tabla A.14. España. Descendencia Final (DF) según los años de nacimiento

Generaciones	DF	Edad media de las madres
1871-1875	4,6	31,1
1876-1880	4,4	31
1881-1885	4,3	31,1
1886-1890	4	30,8
1891-1895	3,9	30,7
1896-1900	3,5	30,5
1901-1905	3,3	30,2
1906-1910	3,1	30,2
1911-1915	2,9	29,8
1916-1920	2,6	30
1921-1925	2,5	30,4
1926-1930	2,5	30
1931-1935	2,7	29,2

Fuente: *Elaboración Propia a partir de datos del INE*

La caída constante e ininterrumpida de la DF se debió al uso creciente de métodos anticonceptivos, por primitivos que éstos fueran. La evolución del índice transversal de la fecundidad (ISF) no hace otra cosa que confirmar lo dicho. Ver tabla A.15 (para mayor detalle ver tabla A3 del Anexo).

Tabla A.15. Índice Sintético de Fecundidad (ISF)

Periodos y años	ISF
1900-1904	4,7
1905-1909	4,7
1910-1914	4,4
1915-1919	4,2
1920-1924	4,1
1925-1929	3,9
1930-1934	3,6
1935	3,2

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del INE*

La tabla A.16 por su parte, muestra a grandes rasgos la evolución del número de hijos por mujer desde el inicio de los años veinte (etapa en la que se generalizó la clasificación de los nacimientos según la edad de la madre) hasta el final del periodo.

Se comprueba allí que entre los países seleccionados España fue el país donde la fecundidad retrocedió más deprisa (1,19 hijos menos), pero se mantuvo muy por encima de la de los grandes países (Inglaterra, Francia y Alemania).

El paso de 3,50 hijos por mujer en el quinquenio anterior a la guerra a 2,77 hijos por mujer en el periodo 1936-1940 se debe más a la catástrofe de la guerra que a cualquier otra causa, aunque en 1940 hubo una recuperación parcial de los nacimientos, que la guerra había retrasado.

Tabla A.16. Número medio de hijos por mujer (ISF) en algunos países europeos

Años	Inglaterra	Francia	Alemania	Italia	España	URSS
1921-1925	2,39	2,42	2,62	3,5	3,96	-
1926-1930	2,01	2,3	2,1	3,3	3,75	6,04
1931-1935	1,79	2,16	1,84	3,07	3,5	4,53
1936-1940	1,98	2,07	2,24	3	2,77	4,66

Fuente: Livi Bacci, M. y elaboración propia

La proporción de hijos de madres no casadas sobre el total de nacimientos creció en España durante este periodo desde el 4,5% al inicio del siglo hasta el 6,1 en el quinquenio 1925-1929.

Como consecuencia de la evolución de la fecundidad –cuyos efectos se vieron agravados por las pérdidas humanas provocadas por la Gran Guerra- el temor a la caída demográfica se extendió por los países más desarrollados de Europa y alcanzó su máximo en el período entre las dos guerras mundiales. Se hablaba entonces de la caída de la “vitalidad demográfica”, y esa caída era considerada como una señal de decadencia (es la época de Spengler y su obra *“La decadencia de Occidente”*, escrita entre 1918 y 1922).

Las políticas demográficas llevadas a cabo - por el fascismo en primer lugar y por el nazismo después- para “revitalizar la demografía” fueron la expresión de aquel miedo. Se trataba de políticas que intentaban modificar comportamientos consolidados de procreación, nupcialidad e incluso de movilidad. Políticas que fueron coherentes con las ideologías totalitarias en las que se sustentaban.

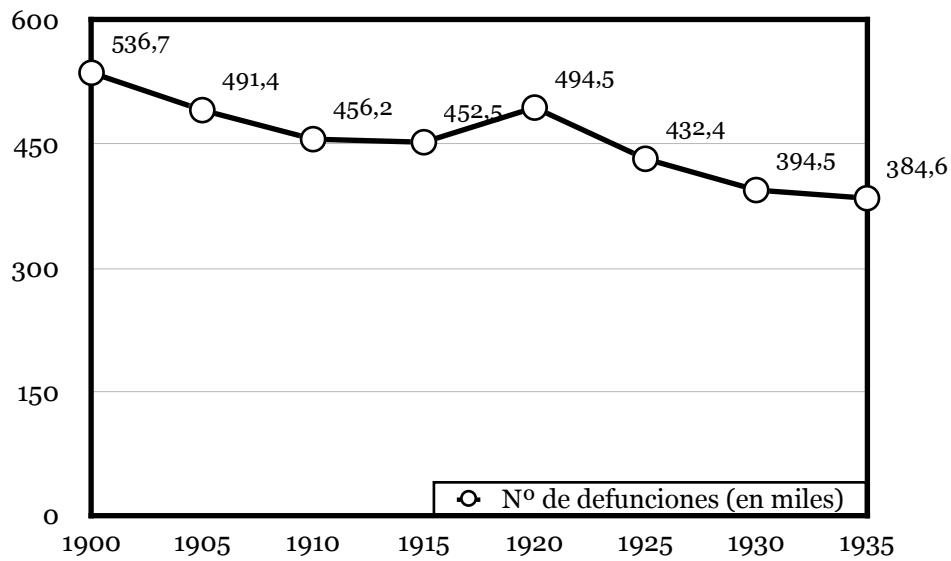
En cualquier caso, esas políticas pro-natalistas tuvieron efectos muy modestos, porque si bien los incentivos y premios consiguieron acelerar matrimonios y nacimientos (especialmente en Alemania, donde se dedicaron medios considerables) y producir una recuperación, esta fue de corta duración y no incidió en las decisiones últimas de las parejas en cuanto a sus descendencias finales.

c) Mortalidad

En España, el número absoluto de fallecimientos en la primera etapa del siglo evolucionó desde los 517.600 fallecidos en 1901 a los 384.600 de 1935. (Ver tabla A1 del anexo).

El Gráfico A.2 muestra esa evolución en la cual se detecta claramente el pico que provocó la epidemia de gripe que ya se comentó en páginas anteriores.

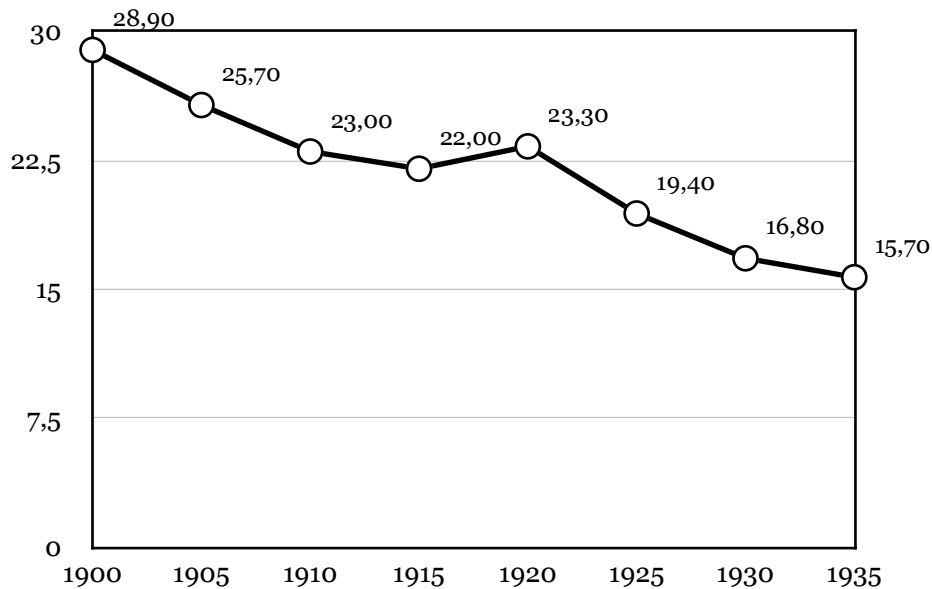
Gráfico A.2. Fallecimientos en España (1900-1935)



Fuente: Carreras et al. Fundación BBVA (2005)

La evolución de las tasas brutas de mortalidad se representa en el Gráfico A.3:

Gráfico A.3. Tasas Brutas de Mortalidad 1900-1935. (Fallecidos por mil habitantes)



Fuente: Carreras et al. Fundación BBVA (2005)

En las tasas brutas de mortalidad se interfieren dos fenómenos distintos: la mortalidad propiamente dicha y la estructura por edades, por eso resulta mucho más significativa la

esperanza de vida al nacer⁶¹ respecto a los niveles de mortalidad, cuya evolución recoge la tabla A.17. En tan solo 30 años ganaron 15,9 años las mujeres y 14,73 años los varones.

Tabla A.17. España. Esperanza de vida al nacimiento

Año	Varones	Mujeres
1900	33,85	35,7
1910	40,92	42,56
1920	40,26	42,05
1930	48,38	51,6

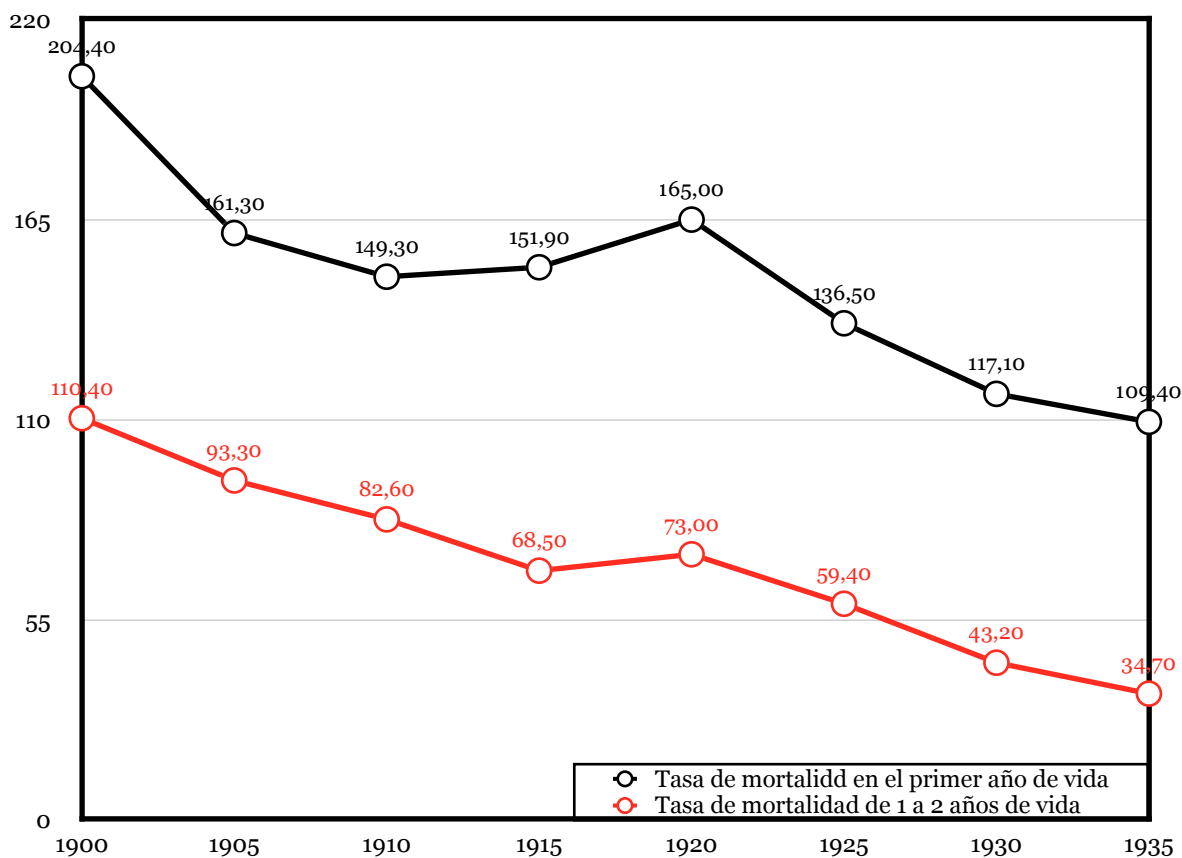
Fuente:Elaboración propia a partir del INE

En el Reino Unido, la esperanza de vida en 1920 superaba a la española en casi doce años (11,8); la francesa la superaba en 8,2 años, la alemana en 7,8 años y la italiana en 4,2 años. Diez años después, la esperanza de vida española había ganado casi 9 años, mientras que en Alemania crecía 7,4 años y en Italia 4,9 años. Reino Unido y Francia verían crecer su esperanza de vida entre 1920 y 1930 tan solo en 3,2 y 2,7 años respectivamente. Puede decirse, por lo tanto, que en España la mortalidad mejoraba a buen ritmo y también se puede afirmar sin riesgo que si no hubieran existido la guerra civil y sus secuelas, la esperanza de vida española se hubiera colocado a la cabeza de Europa mucho antes de 1995, cuando la esperanza de vida al nacer era ya mayor en España que en el Reino Unido y que en Alemania.

Ese avance contra la mortalidad en España -y el que se producirá una vez dejados atrás los efectos de la guerra civil- se explican en buena parte por la caída de la mortalidad infantil. De las tasas de mortalidad durante el primer año de vida y sobre todo por la caída de la mortalidad en el grupo de edad 1-2 años, la mortalidad infantil se mantuvo estable durante la primera etapa del siglo, pero tras la epidemia de gripe comienza a caer rápidamente hasta la guerra civil. Véase el Gráfico A.4.

61 La esperanza de vida al nacer representa el tiempo que viviría una persona sometida a las probabilidades de muerte de una “tabla” de mortalidad. La “tabla” se construye calculando las probabilidades de muerte a cada edad utilizando para ello los datos de fallecimientos de un año clasificados por edad y la población, según la edad que generalmente es suministrada por un censo.

Gráfico A.4. Evolución de la mortalidad en los menores de 1 año y en los párvulos (1-2). Probabilidades de fallecimiento en ese rango de edad por cada mil nacidos de su misma generación (1900-1935)



Fuente: Carreras et al. Fundación BBVA (2005)

Si tomamos como 100 la tasa de mortalidad durante el primer año de vida en 1900, al final del siglo XX esa tasa había bajado a 4 (una caída del 96%), pero si comparamos esa misma tasa tomando como 100 la observada en 1900, al final del siglo XX dicha tasa había descendido hasta 0,6.⁶²

d) Emigración

La tradicional emigración española hacia América durante los años finales del siglo XIX se mantuvo durante el primer tercio del siglo XX. Se calcula que entre 1880 y 1930 más de tres millones de españoles se fueron al continente americano.

En torno a 1920, cerca de un millón de ellos residían en los países latinoamericanos, mientras que en esas fechas (Censo de 1920) tan sólo residían en España 76.000

⁶² La tasa de mortalidad infantil, $D(0,1)/N$ se calcula como los muertos antes de cumplir un año entre los nacidos en el año t , siendo $D(0,1)$ las defunciones de niños menores un año y N nacidos en el año t .

extranjeros (la mayor parte franceses y portugueses). Pero la emigración española pronto pasó a ser más europea y menos transoceánica. En efecto, al inicio del siglo (Censo francés de 1901) se contabilizaron en Francia 80.500 españoles, que diez años después (Censo francés de 1911) eran 106.000. La corriente migratoria hacia Francia se intensificó tras estallar la Gran Guerra (1914-1918).

Muchos españoles aprovecharon la política de puertas abiertas del Gobierno francés, preocupado, sin duda, por la falta de brazos causada por la masiva movilización militar. Según los datos oficiales franceses, desde enero de 1916 a marzo de 1918 (27 meses) hubo en Francia 220.000 entradas de asalariados españoles, frente a un retorno a España de tan solo 105.000. El núcleo más numeroso (más del 20%) de emigrantes a Francia provenía de las provincias valencianas y de Murcia.

Al final de la Gran Guerra (1918) más de 250.000 españoles estaban instalados de forma permanente en Francia, pero entre 1931 y 1936, como efecto de la Gran Depresión, se produjo una fuerte caída en la emigración española hacia Francia, de suerte que en el inicio de la guerra civil el número de españoles que vivía en Francia (255.000 personas) era apenas superior a los contabilizados en 1921.(INED 1964).

e) Estructura por edades

Durante el primer tercio del siglo XX la estructura por edades de la población española continuó la marcha ya iniciada el siglo anterior: maduración, es decir, un mayor peso de la población potencialmente activa (61,3% en 1900, 62,3% en 1930) y, sobre todo, un incipiente envejecimiento que pasó del 5,2% en 1900 al 6,1% en el Censo de 1930 (ver Tabla A.18).

Tabla A.18. Estructura por grandes grupos de edad (1900-1930)

Grupos de edad	1900	1910	1920	1930
0-14	33,5	33,9	32,3	31,6
15-64	61,3	60,6	62	62,3
65 y más	5,2	5,5	5,7	6,1
Total	100	100	100	100

Fuente:Elaboración propia a partir de datos del INE

Los cambios en la natalidad y en la mortalidad apenas influyeron en la estructura por edades de la población europea hasta 1910: en Gran Bretaña, Alemania, Francia e Italia la proporción de niños menores de 15 años se mantuvo en torno al 32% entre 1870 y 1910 (33,5% en la España de 1900). A partir de 1910 se inició el doble proceso de disminución de la proporción de jóvenes y de aumento en la proporción de ancianos en los cuatro países antes mencionados.

1.1.4. Los efectos demográficos de la guerra civil

El golpe de estado militar contra la II República, iniciado el 17 de julio de 1936, fracasó, especialmente en las grandes ciudades, y pronto devino en guerra civil. Una matanza que duraría treinta y tres meses.

Villar Salinas (1942) publicó un opúsculo en el cual estimó en 800.000 mil el número de muertos a causa de la guerra, incluyendo en esa cifra tanto los muertos en el frente como los de las retaguardias (represiones políticas y bombardeos) y también los causados por el hambre y la falta de atenciones.

Pierre Vilar (1978:150) rebajó la cifra a 560.000 y, por su parte, el historiador británico Hugh, T. (1976), ha estimado que el número de muertos por todas las causas (frente, retaguardia, represión, bombardeos, desnutrición y también los fusilamientos ejecutados inmediatamente después de la guerra) estuvo en torno al medio millón de personas.

Este autor estima que los muertos en el frente o como consecuencia de las heridas no sobrepasó los 200.000 (90.000 en el bando franquista y 110.000 en el republicano), lo cual representa, aproximadamente, el 10% de todos los combatientes. Thomas cree que el número de víctimas mortales de la represión en las retaguardias fue de 130.000 (75.000 en la retaguardia franquista y 55.000 en la republicana). Este autor *“atribuye a los bombardeos sobre ciudades otros 10.000 muertos y 25.000 más a causa de la desnutrición y otras enfermedades achacables a la guerra”*. (Thomas 1976:993).

Según este historiador británico, la represión franquista post bélica produjo 100.000 muertos más. Por otra parte, en la fase final de la guerra unos 300.000 españoles tomaron el camino del exilio y la mayor parte de ellos permanecerían en él muchos años. *“Puede decirse –concluye Thomas- que España perdió a causa de la guerra 800.000 personas, entre las que se contaban la flor y nata de la nueva generación”*.(Thomas 1976:994).

Al final de la guerra 170 núcleos urbanos habían quedado prácticamente destruidos. Doscientas cincuenta mil casas quedaron inhabitables y otras tantas parcialmente dañadas.

Comparando la producción de 1935 con la de 1940 la caída fue del 21,2% en la Agricultura y del 30% en la Industria. En ese mismo periodo la renta per cápita cayó el 26,7%. Los niveles de renta per cápita de 1935 no se recuperarían hasta bien entrados los años cincuenta.

En 1936 hubo en España 613.700 nacimientos, que bajaron a 419.800 en 1939. Durante los dos años completos de la guerra (1937 y 1938) se perdieron en España al menos 200.000 nacimientos. También la nupcialidad se vio afectada: se retrasaron o se suspendieron al menos 300.000 matrimonios (ver Tabla A.19).

Tabla A.19. Movimiento natural de la población española durante la guerra civil (1936-1939)

Cifras absolutas (miles)				Tasas brutas (por mil habitantes)				
Año	Población a 1 de julio	Nacimientos	Defunciones	Matrimonios	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento Vegetativo	Nupcialidad
1936	24.810	613,7	413,6	138,7	24,7	16,7	8	5,6
1937	25.043	565,8	472,1	135,3	22,6	18,9	3,7	5,7
1938	25.279	506,1	484,9	113	20	19,2	0,8	4,5
1939	25.517	419,8	470,1	143,7	16,5	18,4	-1,9	5,6

Fuente: Nicolau Roser, (2005:77 y ss) "Población, Salud y Actividad": Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX / Xavier Tafunell Sambola, Albert Carreras i Odriozola. Vol. I. Fundación BBVA

La fecundidad cayó durante la guerra en todas las edades femeninas, alcanzando el mínimo durante el último año de la guerra (1939). Entre 1935 y 1939 el Índice Sintético de Fecundidad (ISF) bajó el 57%, con una caída en las edades que por entonces era la más fecunda (20-24 años) superior al 100%. En concreto, la fecundidad de las jóvenes españolas cayó un 108%, es decir, se redujo a menos de la mitad. (Ver Tabla A.20).

Tabla A.20. España. Años de guerra civil: Tasas de fecundidad por edad. Tasa Bruta de Reproducción (TBR) e Índice Sintético de Fecundidad (ISF)

Año	Edad							TBR	ISF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
1936	0,00516	0,05443	0,09047	0,0761	0,05909	0,02236	0,00423	1,53	3,13
1937	0,00514	0,04957	0,08129	0,06986	0,04899	0,0206	0,00355	1,4	2,87
1938	0,00474	0,03853	0,06751	0,06531	0,0479	0,02007	0,00341	1,24	2,54
1939	0,00323	0,02764	0,05062	0,05613	0,04551	0,01068	0,00312	1,02	2,09

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos del INE

1.1.5. El Franquismo (1939-1975)

A la gran heterogeneidad que prevaleció en el siglo XIX se opuso un siglo XX en el cual se afirmó la tendencia a la homogeneidad europea, sobre todo tras la segunda guerra mundial.

La conmoción demográfica de mediados de los años sesenta golpeó simultáneamente a todos los países de la Europa occidental, a todas las regiones, a todas las capas de población. Los índices sintéticos de fecundidad disminuyeron entre 1965 y 1975 prácticamente en todos los lugares de Europa al menos un hijo por mujer, alcanzando valores sin precedentes en anteriores periodos de paz.

En 1975, el país más afectado (1,5 hijos por mujer) fue la República Federal de Alemania que, sin embargo, disfrutaba de una economía floreciente. Sólo los países de la Europa meridional escaparon a ese fenómeno: España, Italia, Portugal parcialmente y Grecia totalmente.

Antes de mostrar la evolución demográfica española durante la larga etapa de la dictadura franquista es conveniente mostrar, aunque sea brevemente, los diversos cambios que se produjeron en el sistema productivo español durante ese periodo.

a) La evolución económica

El primer tramo (1939-1948) se caracterizó por la “reconstrucción”, sin que el país pudiera salir de una estructura productiva propia de una economía agraria, en la cual, la escasez de alimentos condujo al racionamiento (en 1939 se creó la Comisaría de Abastecimientos y Transportes, “abastos” en el habla popular de la época, que administró las cartillas de racionamiento). Más que reconstrucción, lo que hubo durante aquel periodo fue estancamiento: la inversión languidecía, la producción de viviendas descendía... Como ha escrito el profesor González, M. J. (1979) :*“la guerra civil se cobraba su precio en penuria y desorganización”*.

Durante el trienio 1948-1950 se produjo lo que bien puede denominarse “transición económica”. Esos años representaron el primer eslabón de una nueva etapa que desembocará en el Plan de Estabilización (1959). González, M. J.(1979:117) lo describió así: *“Sostengo que la primera sucesión de cambios económicos relevantes hay que ubicarla claramente en la década de 1950. La transformación tecnológica del decenio de 1960 hubiera sido inviable sin la primera ola industrializadora que aconteció en la década anterior, que, basada en una generación de bienes de equipo de sencillo diseño y en una protección comercial intensa, comportó la acumulación de capital y el ensanchamiento del mercado, suficientes para absorber la tecnología de importación de la década siguiente”*.

A partir de 1956 se inició el proceso de sustitución de importaciones y al comienzo del decenio de los sesenta mejoraron de forma sustancial las expectativas empresariales. Por su parte, el sector exterior ayudó al crecimiento, pero también marcó sus límites. En efecto, el 4 de noviembre de 1950 España fue admitida en la FAO y el 6 de noviembre las Naciones Unidas autorizaron la vuelta de los embajadores a Madrid. Por su parte, los Estados Unidos iniciaron unilateralmente relaciones económicas con España.

Creado el clima político y roto el bloqueo diplomático, la ayuda económica unilateral norteamericana fue ya claramente perceptible y ayudó a romper el bloqueo económico que mantenían otros países occidentales.

El apoyo estadounidense fue financiado a través de la banca privada norteamericana y más tarde, tras el giro de 1959, a través de los organismos internacionales. La importancia estratégica de España, como base de operaciones de la VI flota norteamericana en el Mediterráneo, precipitó los acuerdos de 1953, que venían preparándose desde 1951. Puede decirse sin riesgo de error que la guerra fría favoreció claramente al régimen franquista, también en el campo económico.

En enero de 1959, el Ministerio de Hacienda, que dirigía Navarro Rubio, presentó ante el Consejo de Ministros un memorándum que contenía el esqueleto de una nueva política económica. El documento señalaba la necesidad de ir hacia la convertibilidad de la peseta. (Memorandum del gobierno español 1959):

“Si toda Europa y buena parte del mundo –se leía en ese documento “secreto”- van a la convertibilidad, los españoles van a tener la sensación de que están en una cárcel, sujetos a una serie de controles que ya sólo existen al otro lado del telón de acero. Y la culpa recaerá fatalmente sobre el Gobierno. Consideramos que la política económica de nuestra nación debe dirigirse a:

a) Devaluación de nuestra moneda para alcanzar un cambio realista.

b) Estabilidad monetaria, que permitirá defender dicho cambio.

c) Convertibilidad de la peseta con ayuda exterior”.

El documento se cerraba con unas palabras que retratan el clima que había entre “los tecnócratas” del régimen:

“Las medicinas económicas, aun las más necesarias y adecuadas, son siempre amargas. Las circunstancias económicas del exterior nos van a obligar, queramos o no, a seguir el camino de la realidad, y cuanto antes entremos en él mejor será para nosotros... Si no hacemos nada seremos un enfermo entre sanos al que cada día que pasa le será más difícil incorporarse al paso rápido de los demás”.

Este clima se vio apoyado por el informe de la OCE de marzo de 1959, que recomendaba al régimen español medidas estabilizadoras.

Aunque no exista un documento con el nombre de Plan de Estabilización, éste estaba contenido en otro memorándum, el enviado por el Gobierno de Franco al FMI y la OCDE y que supuso llevar la economía española desde un modelo autárquico con un fuerte control e intervención administrativa a otra de mercado y de fronteras abiertas. La ayuda exterior para financiarlo no fue pequeña: 550 millones de dólares de la época, 175 del FMI. Los bancos norteamericanos aportaron 71 millones, el Gobierno norteamericano 308, por poner algunos ejemplos.

Los efectos de aquella “apertura” económica - junto al ciclo expansivo que se estaba produciendo en Europa occidental- no se hicieron esperar. El PIB industrial creció en sólo cinco años (1959 y 1963) un 45,8% y la productividad por persona ocupada en la Industria creció durante esos cinco años el 5,6% anual. El número de turistas, que en 1959 fue de 4.195.000, alcanzó en 1964 la cifra de 14.103.000 y en el mismo periodo la entrada de divisas por turismo pasó de 128,6 millones de dólares en 1959 a 918,6 millones en 1964.

Por su parte, la inversión de capital extranjero pasó de 964,2 millones de pesetas en 1959 a 4.687,8 millones en 1964. Las remesas de los emigrantes, prácticamente inexistentes antes de 1960, crecieron desde 55 millones de dólares en 1960 hasta los 239 millones en 1964.

La importación de bienes de equipo (la mayor parte máquina-herramienta industrial) creció en tan solo tres años (1961-1963) desde 233.900 millones de dólares hasta 530.000. Entre el año 1960 y el 1970 el PIB se duplicó, concretamente creció en términos monetarios el 102%. La Agricultura pasó de representar el 24% del PIB en 1960 al 13% en 1970, mientras que la Industria pasaba del 35 al 38% y los servicios del 41 al 49%. En 1960 la reserva de divisas alcanzaba los 590 millones de dólares.

Según Manuel-Jesús González (1979:321) :

“Los hombres del desarrollo”, además de sacar la economía española de la autarquía también hicieron otra cosa: distorsionaron el mercado con el fin de no abordar reformas políticas que les hubieran costado tal vez el poder. Si la economía crecía no fue sólo gracias a López Rodó. Creció menos de lo potencialmente alcanzable y no lo hizo por la vía más eficaz. (...) Se amplió ciertamente el mercado y se diseñó una “planificación indicativa”, destinada a obtener continuos descalabros, pero siguió existiendo el intervencionismo arbitrista. Detrás de esto último latía un objetivo político, no económico”.

En efecto, a partir de 1966 ya se percibió cierto agotamiento de los impulsos liberalizadores y se observó un retorno a la discrecionalidad, a repartir las ayudas con criterios políticos o de amiguismo y a un sistema arancelario ineficiente.

La economía española bajo el franquismo siguió creciendo hasta la llegada, en 1973, de la crisis del petróleo, que atrapó al régimen y a su cabeza en condiciones muy deterioradas física y políticamente.

Esta crisis y los correspondientes deterioros económicos y sociales que dejaría tras su muerte el dictador complicaron el proceso político de transición a la Democracia. Sólo un Gobierno salido de las urnas (1977) iba a ser capaz de generar un consenso (Pactos de la Moncloa) que permitió al país salir de la crisis.

b) La evolución demográfica

Durante los treinta años posteriores a la guerra, la población española pasó de los 26.386.854 habitantes contabilizados en el censo de 1940 (31 de diciembre) a los 34.041.531 del 31 de diciembre de 1970. En 1950 se contabilizaron 28.172.268 habitantes y 30.776.935 en 1960 (ver Tabla A.21):

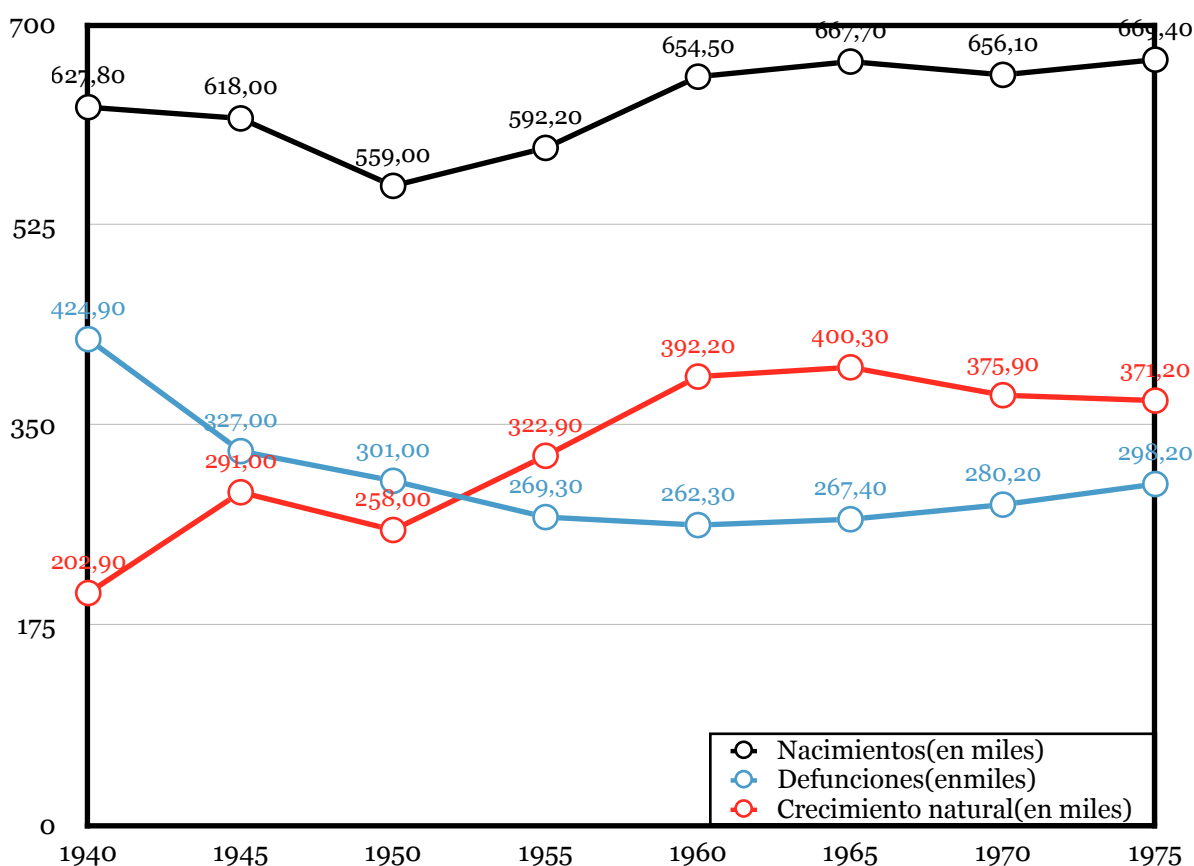
Tabla A.21. Población de derecho de España según censos. Crecimientos

Año	Población de derecho	Crecimiento respecto al censo anterior
1940	26.386.854	2.360.283
1950	28.172.268	1.785.414
1960	30.776.935	2.604.667
1970	34.041.531	3.264.596

Fuente: INE: “Panorámica social de España”

El número de nacimientos y defunciones y en consecuencia el crecimiento vegetativo se recoge en Gráfico A.5:

Gráfico A.5. Nacimientos, defunciones y crecimiento natural. España



Fuente: Carreras et al. Fundación BBVA (2005)

En el año 1940 se produjo una lógica y notable recuperación de los nacimientos, pero éstos cayeron en 1941 (“el año del hambre”) a los niveles observados durante la guerra.

La etapa de la autarquía, es decir, hasta la mitad de los años cincuenta, se caracteriza por la inestabilidad demográfica, tanto en los nacimientos como en las muertes. La estabilidad sólo se alcanzó a partir del abandono de las políticas autárquicas, prelude de la liberalización iniciada en 1959, pero los 635.000 nacimientos de 1935 no se volvieron a alcanzar hasta 1957.

No se puede afirmar lo mismo de los matrimonios (150.600 en 1935), que fueron superados ampliamente por los 215.800 de 1940, que bajaron a 189.600 en 1941. Durante toda la etapa franquista el número de matrimonios no cayó por debajo de los 174.000 que se celebraron en 1943.

c) Nupcialidad

Durante la etapa aquí descrita la tasa bruta de nupcialidad tuvo una variabilidad muy escasa y se movió desde un mínimo del 6,6 por 1000 del año 1943 a un máximo de 8,8 por 1000 en 1956.

La edad media al matrimonio, que venía creciendo desde finales del siglo XIX, aumentó progresivamente hasta alcanzar los 27,5 años en las mujeres y los 30 años en los hombres durante la primera década de la posguerra. Por su parte, la soltería definitiva aumentó también.

Mientras que en Europa tras la Segunda Guerra Mundial comenzó una etapa de intensa nupcialidad, en España esta fase de descenso de la edad al matrimonio y de reducción de los niveles de soltería se produjo más tarde: en la década de los 50 y en un contexto de mejoría de las condiciones socioeconómicas.

Fue ese cambio económico lo que impulsó a los jóvenes españoles a contraer matrimonio a edades más tempranas y con una intensidad progresivamente mayor hasta la década de los 70, durante la cual se da un nuevo cambio de tendencia. De nuevo, este punto de inflexión aparece retrasado en el tiempo respecto a la mayoría de países europeos, cuyo comportamiento nupcial tendió hacia pautas más restrictivas desde la década de los 60.

Las fluctuaciones de la nupcialidad española adquieren nuevos matices si se observan desde la óptica longitudinal, aquella que analiza el comportamiento nupcial de las distintas generaciones. Las generaciones nacidas a finales del siglo XIX y durante la década de 1910 vivieron una época de nupcialidad decreciente, mientras que las generaciones nacidas a partir de 1920 y las nacidas a mediados del siglo XX protagonizaron un ciclo expansivo de la nupcialidad.

La evolución del “calendario”⁶³ permite distinguir esas dos fases con claridad para las generaciones nacidas entre mediados del siglo XIX y principios del XX. Ambos sexos experimentan en esas generaciones un retraso en la edad del matrimonio, que pasó de 24,3 a 27,5 años en las mujeres y de 27,1 a 30,1 años en los hombres, mientras que los nacidos a partir de 1910 experimentaron un rejuvenecimiento continuo hasta la llegada de los nacidos a mediados de los años 50, cuando la nupcialidad comienza de nuevo a bajar y a retrasarse.

Por otra parte, la nupcialidad masculina muestra un comportamiento más uniforme que la femenina, lo que probablemente se debe al dominio tradicional de los varones en el mercado matrimonial: la nupcialidad de las mujeres se subordinaba a la disponibilidad de efectivos del sexo contrario, por ser los efectivos masculinos tradicionalmente más variables que los femeninos, debido a las mayores pérdidas por mortalidad y la mayor incidencia de las migraciones entre los varones.

En cualquier caso, tanto las generaciones masculinas como femeninas nacidas a partir de los años 40 se caracterizan por una nupcialidad cada vez menor.

En las postrimerías del franquismo se percibía ya, en paralelo a la caída de la fecundidad, un leve descenso en la intensidad del matrimonio, fenómeno que se verá incrementado más tarde: en 1975 hubo 267.000 varones que contrajeron primeras nupcias y la cifra cayó a menos de 200.000 veinte años después. Las primeras nupcias de las mujeres pasaron en el mismo periodo de 269.000 a menos de 205.000.

63 “Calendario”: distribución de un fenómeno demográfico según la edad de los “protagonistas” del mismo.

d) Fecundidad

Como ya se anunció más arriba, el cambio de coyuntura socioeconómica que vivió la España franquista desde finales de los años cincuenta produjo una importante recuperación de la natalidad durante el período 1956-64, con tasas brutas de natalidad por encima del 21 por mil (período conocido como el *baby boom* español). Pero ese boom español fue más tardío, más breve y de menor intensidad que el observado en los grandes países de Europa y en los EE.UU.

A partir de la segunda mitad de los años 60 las tasas brutas de natalidad comenzaron a disminuir en España, aunque de manera muy lenta. Así lo muestra la tabla A.22, donde se recoge el Índice Sintético de Fecundidad (ISF) o número de hijos por mujer:

Tabla A.22. Índice sintético de Fecundidad (ISF)

Años	ISF
1940-1944	2,83
1945-1949	2,54
1950-1954	2,49
1955-1959	2,64
1960-1964	2,84
1965-1969	2,9
1970-1974	2,83
1975	2,77

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

En la tabla A5 del Anexo aparecen detallados año a año tanto el ISF como la Tasa Bruta de Reproducción. Podemos ver allí que el ISF alcanza en España su máximo (3,01) en el año 1964.

Como se ha dicho más arriba, este crecimiento de la fecundidad española que se inicia a mediados de los cincuenta ya se había producido unos cuantos años antes en la mayor parte de los países europeos (ver Tabla A.23).

Tabla A.23. Número medio de hijos por mujer (ISF)

	Reino Unido	Francia	Alemania	Italia	España	URSS
1941-1945	2.39	2.11	1.90	2.56	2.72	-
1946-1950	2.19	2.98	2.07	2.77	2.68	3.13
1950-1955	2.18	2.73	2.16	2.32	2.52	2.51
1955-1960	2.49	2.71	2.30	2.35	2.75	2.62
1961-1965	2.81	2.85	2.49	2.55	2.89	2.48
1965-1970	2.52	2.61	2.32	2.49	2.93	2.02
1971-1975	2.04	2.31	1.64	2.28	2.89	1.98

Fuente: Livi Bacci (1988)

Los indicadores longitudinales nos ratifican en lo dicho: entre las generaciones nacidas en el inicio de los años treinta, la más tardía en alcanzar su máxima fecundidad es la generación española de 1935 (en Bélgica la de 1931, en Dinamarca, Italia, Noruega, Alemania, y Suiza la de 1933), pero el ISF (indicador transversal) máximo en España, el de 1964, coincide con el año en el cual también alcanzaron su máximo Inglaterra y Gales (2,94), Bélgica (2,71), Francia (2,90), Irlanda (4,07), Italia (2,70), Noruega (2,98), Portugal (3,15), RFA (2,55), Suecia (2,48) y Suiza (2,67). (Ver Tabla A.24).

A partir de mediados de los años sesenta las caídas de la fecundidad fueron notables en toda Europa, de manera que a mediados de los años ochenta sólo un país de los recogidos en la tabla 24, Irlanda, tenía un ISF superior a 2.

Es evidente que durante el franquismo la fecundidad, aunque alta en comparación con el resto de Europa, no era una fecundidad “natural”. En otras palabras: muchas parejas españolas usaban ya métodos anticonceptivos modernos y más cuando, durante los años sesenta se empezaron a comercializar los anovulatorios.

Tabla A.24. Características de la fecundidad en diversos países de Europa Occidental

Países	Mínimo alcanzado por las generaciones nacidas hacia 1900		Máximo alcanzado por las generaciones nacidas hacia 1900		Valor máximo del ISF	Año de observación
	Año de nacimiento	Descendencia final	Año de nacimiento	Descendencia final		
Inglaterra-Gales	1906	1,81	1934	2,42	2,94	1964
Austria			1934	2,45	2,82	1963
Bélgica	1905	2,01	1931	2,29	2,71	1964
Dinamarca	1904	2,15	1933	2,39	2,64	1963
España	1918	2,53	1935	2,67	3,01	1964
Francia	1894	1,99	1930	2,64	2,9	1964
Grecia					2,56	1968
Irlanda	1906-10	3,2	1926-30	3,56	4,07	1964
Italia	1926	2,25	1933	2,32	2,7	1964
Luxemburgo					2,38	1965
Noruega	1906	2,01	1933	2,58	2,98	1964
Países Bajos	1905	2,81			3,21	1961
Portugal					3,15	1964
RFA	1901	2,08	1933	2,23	2,55	1964
Suecia	1905	1,81	1934	2,16	2,48	1964
Suiza	1907	1,97	1933	2,2	2,67	1964

Fuente: Livi Bacci, M. (1988)

Con o sin receta, las mujeres españolas tomaban la píldora o se ponían el diafragma que compraban en las farmacias con la misma facilidad con la que los varones compraban sus condones desde hacía muchos años. Sin embargo, la legislación siguió siendo hasta la muerte del dictador auténticamente retrógrada, hasta un punto que hoy es difícil de entender. El artículo 416 del código penal que aún estaba vigente el día que murió Franco lo demuestra:

“Serán castigados con arresto mayor y multa de 5.000 a 100.000 pesetas los que con relación a medicamentos, sustancias, objetos, instrumentos, aparatos, medios o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o de evitar la procreación realicen cualquiera de los actos siguientes:

1º. Los que en posesión de título facultativo o sanitario meramente los indicaren, así como los que, sin dicho título, hicieren la misma indicación con ánimo de lucro.

2º. El fabricante o negociante que los vendiere a personas no pertenecientes al cuerpo médico o a comerciantes no autorizados para su venta.

3º. El que los ofreciere en venta, vendiere, expendiere, suministrare o anunciare en cualquier forma.

4º. La divulgación en cualquier forma que se realizare de los destinados a evitar la procreación. Así como su exposición pública y ofrecimiento en venta.

5º. Cualquier género de propaganda anticonceptiva”.

A este respecto, no dejan de ser significativos los datos siguientes: la proporción de los nacimientos de madres no casadas sobre el total de nacimientos era del 5,6% en el periodo 1940-1944 y bajó ininterrumpidamente hasta el 2,0% registrado en 1975.

e) Mortalidad

La evolución de la mortalidad durante el franquismo, forma parte del proceso que se ha llamado transición epidemiológica, donde ya han desaparecido las grandes crisis y pandemias, las enfermedades infecciosas están en claro retroceso y los accidentes y el cáncer empiezan a ser protagonistas.

La evolución de la esperanza de vida al nacimiento pasó en esa etapa desde los 64,3 años en las mujeres y 59,8 años en los varones en 1950⁶⁴ a los 75,1 años y 69,6 años respectivamente en 1970 (ver Tabla A.25).

Tabla A.25. Esperanza de vida al nacer

Años censales	Media de los países comunitarios		España	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1950	63,7	67,4	59,8	64,3
1960	67,1	72,1	66,9	71,7
1970	68,4	74,2	69,6	75,1

Fuente: MNP y Censos. Elaboración Propia

⁶⁴ Se ha obviado el año 1940 por ser un año de total anormalidad.

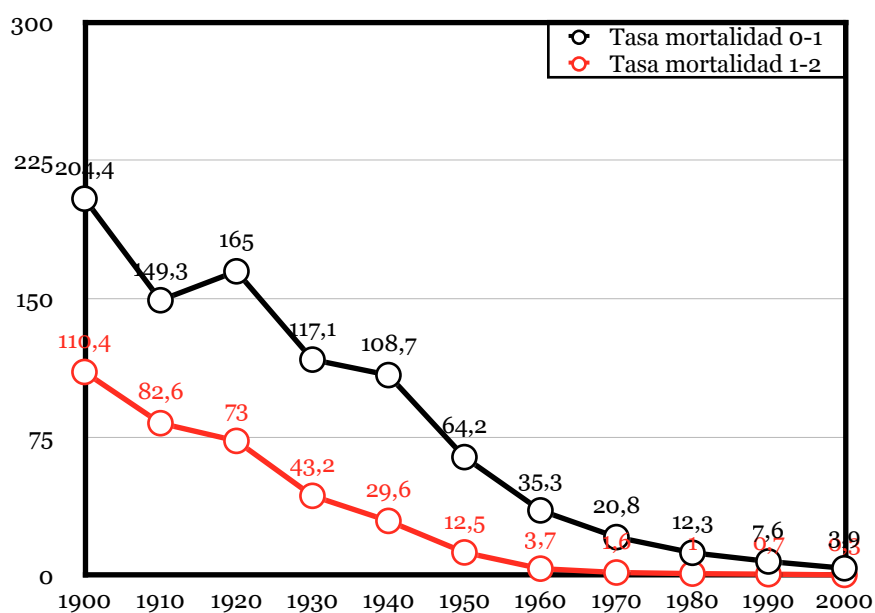
Durante los veinte años que separan 1950 de 1970 las mujeres españolas le ganaron a la muerte casi once años (10,81), mientras que el resto de las mujeres europeas ganaron tan solo 6,8 años. Tanto las mujeres españolas como los varones ya habían superado la esperanza de vida europea en 1970, cuando veinte años antes estaban claramente por debajo.

Como ya se vio, al inicio del siglo XX la esperanza de vida en España era muy inferior a la observada en la mayoría de los países europeos más desarrollados y sólo Rusia mostraba una esperanza de vida claramente inferior. Con más precisión: de los 15 países que constituían la Unión Europea, todos, salvo Portugal, tenían al inicio del siglo XX una esperanza de vida al nacer claramente superior a la de España y durante la primera mitad de ese siglo la esperanza de vida en España se mantuvo claramente más baja que la de países mediterráneos como Italia.

De hecho, los 50 años de esperanza de vida no los superaron las mujeres españolas hasta la tercera década del siglo XX, mientras que la fecha media en que alcanzaron los 50 años de esperanza de vida el conjunto de mujeres europeas fue, aproximadamente, 1903. Las españolas lo lograron, pues, con aproximadamente 25 años de retraso.

Una vez pasados los años devastadores de la guerra y la posguerra, la mortalidad infantil volvió a caer, colocándose a finales de los años cuarenta al nivel que marcaba a la tendencia anterior a la guerra. A partir de los años cincuenta, con una mortalidad infantil inferior ya a 70 fallecidos por 1000 nacimientos, esa mortalidad cayó a un ritmo del 5% anual, colocándose en los años finales del franquismo claramente por debajo del 20 por 1000. Mayor aún fue la caída de la mortalidad de 1 a 2 años, tal y como muestra el Gráfico A.6.

Gráfico A.6. Evolución de la mortalidad en los menores de 1 año y en los párvulos (1 a 4 años) probabilidades de fallecimiento en ese rango de edad por cada mil nacidos de su generación(1900-1970)



Fuente: Carreras et al. Fundación BBVA (2005)

La diferencia entre la mortalidad masculina y la femenina no ha dejado de crecer (a favor de las mujeres). Esa diferencia es máxima entre los jóvenes, siendo en este grupo donde más divergencia se produjo a lo largo del siglo XX.

Hasta los años veinte existía una evidente sobremortalidad de las mujeres jóvenes, relacionada con una muy alta mortalidad reproductiva, pero a partir de los años cincuenta comenzó una clara divergencia. La mortalidad de los varones jóvenes llegó a ser hasta tres veces superior a la de las mujeres a mediados de los años noventa. La mortalidad en los extremos de la vida, en la infancia y en los viejos, es también claramente más alta en los hombres. Estas diferencias no dejaron de aumentar a lo largo del siglo XX.

A medida que se ha ido reduciendo la mortalidad exógena (enfermedades puerperales, infecciones, accidentes...) las diferencias entre la mortalidad masculina y la femenina no se atemperan sino que aumentan y –dado que este fenómeno es universal (Ver tabla A.26)- se llega a la conclusión de que la resistencia biológica de las mujeres es mayor que la de los varones (ver la tabla Ap6 del apéndice, que es más detallada).

Tabla A.26. Diferencias entre la esperanza de vida de hombres y de mujeres al nacimiento y a los 60 años en los países de la Unión Europea

Años	Al nacimiento			A los 60 años		
	1950	1960	1970	1950	1960	1970
EU-15	-	5,5	6,3	-	3,1	3,9
Alemania	3,9	-	-	1,3	-	-
Austria	-	6,5	6,9	-	-	3,9
Bélgica	5,3	5,8	6,4	2	3,2	4
Dinamarca	-	4	5,2	-	2,2	3,5
España	4,5	4,8	5,6	2,2	2,7	3,2
Finlandia	-	7	8,5	-	-	-
Francia	5,6	6,7	7,5	3	3,9	4,6
Grecia	5,1	5,1	3,7	1,3	1,6	1,6
Holanda	-	3,8	5,8	-	2	3,7
Irlanda	2,6	3,8	4,7	1,4	2,3	3,1
Italia	3,5	5,1	5,9	1,5	2,6	3,5
Luxemburgo	-	5,7	6,3	-	2,8	3,6
Portugal	5,2	5,6	6,6	2,5	2,9	3,4
Reino Unido	5	5,8	6,3	3,1	3,9	4,6
Suecia	-	3,7	4,9	-	2	3,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

La drástica reducción de las enfermedades infecciosas durante el siglo XX se potenció con dos importantes descubrimientos: la penicilina y la vacuna contra la poliomielitis a manos de Alexander Fleming (Darvel, 1881-Londres, 1955, Premio Nobel en 1945) y Jonas Salk (Nueva York, 1914-1995, Premio Nobel en 1956).

f) Estructura de edades

Si nos detenemos a observar la evolución de la estructura por grandes grupos de edades durante el franquismo y comparamos esa evolución con la del censo de 1900 (Ver tabla A. 27) se observa un lento pero claro envejecimiento, más notable en las mujeres. ¿A qué se debe ese envejecimiento?.

Tabla A.27. Evolución de la estructura por edades durante el franquismo

Grupos de edad		AMBOS SEXOS				
	1900	1940	1950	1960	1965	1970
0-14	33,5	29,2	26,2	27,4	27,4	27,8
15-64	61,3	63,5	66,5	64,4	64,7	62,5
65 y más	5,2	6,5	7,3	8,2	8,9	9,7
Totales	100	100	100	100	100	100
VARONES						
0-14	34,7	31,4	27,8	28,8	28,8	29,1
15-64	60,3	62,8	66	64,3	63,5	62,7
65 y más	5,1	5,8	6,2	6,9	7,7	8,2
Totales	100	100	100	100	100	100
MUJERES						
0-14	32,5	28,6	24,7	26,1	26,1	20,3
15-64	62,2	64,2	67	64,5	63,7	62,1
65 y más	5,3	7,2	8,3	9,4	10,2	11,1
Totales	100	100	100	100	100	100

Fuente: Censos y Padrón de 1965

Antes de contestar a esta pregunta y en previsión de lo que ocurrirá en la estructura española por edades después del franquismo, conviene adelantar una precisión: cuando los demógrafos dicen que una población está envejeciendo no quieren decir que en esa población haya cada vez más viejos⁶⁵, sino que crece la proporción de “viejos”, lo cual no es lo mismo.

A la hora de explicar el envejecimiento en España durante el franquismo, se suelen cometer tres errores:

- a) La proporción de viejos crece a medida que la medicina avanza frente a la muerte y como consecuencia hay más personas que llegan a “viejos”.

⁶⁵ Se suele tomar como índice de envejecimiento la población de 65 años y más dividida por la población total.

- b) La emigración a la que tradicionalmente se ha visto sometida la sociedad española, y al afectar esta emigración a los más jóvenes ha hecho crecer el peso de los viejos en el total de la población.
- c) La guerra civil, al afectar especialmente a los jóvenes, también ha influido en ese envejecimiento.

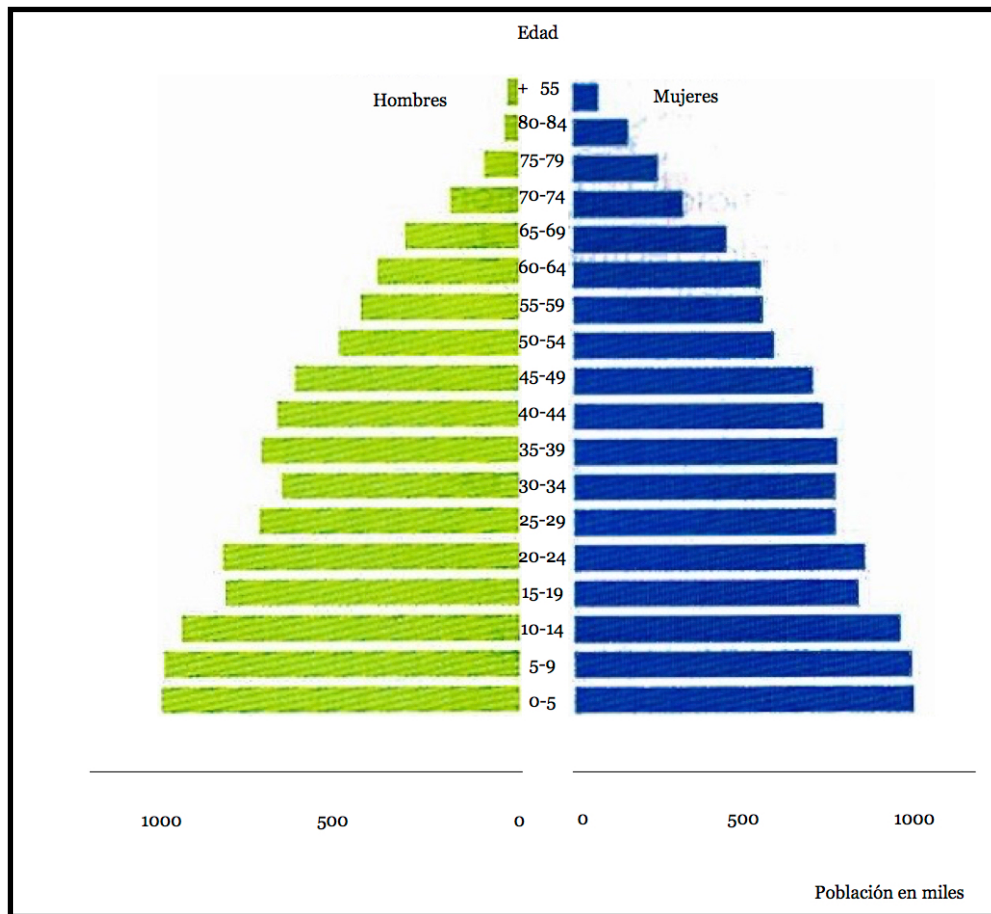
Las tres aseveraciones son falsas. Es cierto que el avance frente a la mortalidad ha ahorrado muchas vidas: en efecto, si la mortalidad se hubiese mantenido en España al nivel que tenía en 1900, el 31-XII-1970 hubiese habido 16 millones de españoles menos de los que contabilizó el censo en esa fecha; pero la mortalidad descendió a todas las edades, y, de hecho, si la mortalidad no hubiese variado desde 1900, el número de “viejos” hubiese sido menor en 1970, pero el porcentaje de esos “viejos” sobre la población total hubiera sido aproximadamente igual al porcentaje que realmente se observó en 1970.

En el período 1900-1970 el saldo migratorio negativo fue, aproximadamente, de un millón y medio de personas, pero esa pérdida apenas influyó en el proceso de envejecimiento, ello puede ser entendido fácilmente si se sabe que los españoles que residían en Francia en 1970 tenían una estructura por edades algo más “vieja” que la de los españoles residentes en España.

Finalmente la guerra civil dejó marcados dos hachazos sobre la pirámide española (ver gráfico A.7), uno referido a la caída de la natalidad y al crecimiento de la mortalidad infantil en los años de la guerra y de la inmediata posguerra, y otro a las muertes violentas de adultos en esos mismos períodos, pero el porcentaje de “viejos” que había en 1970 dentro de la población española era sensiblemente igual al que se hubiera alcanzado si la catástrofe de la guerra no hubiese tenido lugar.

Por lo tanto ha de quedar claro que el proceso de envejecimiento durante el franquismo sólo tuvo una causa fundamental: la caída de la fecundidad.

Gráfico A.7. España. Censo 1970. Pirámide de edades



Fuente: INE

g) Emigración

La dictadura franquista impuso durante sus primeros años fuertes restricciones a la salida de españoles al extranjero y especialmente a Francia, (García Fernández 1965). Pero la tradicional emigración hacia Francia se reanudó durante el quinquenio 1956-1960, cuando la economía francesa se vio obligada a complementar sus efectivos laborales, a causa de la incorporación al trabajo de una serie de clases “vacías” y a la guerra de Argelia.

Por su parte, la economía española, frenada por la estabilización monetaria, se vio impelida a liberar los brazos sobrantes. En el censo francés de 1960, cuando apenas se había reanudado la emigración masiva, los españoles en Francia eran 394.389 y ya eran, después de los italianos, el grupo extranjero más numeroso (21,5 por 100 de todos los extranjeros residentes en Francia).

La emigración exterior española cambió de signo a raíz del plan de estabilización; lo que antes había sido una emigración transoceánica -tradicional y en épocas, muy relevante- se convirtió en una fuerte salida de trabajadores hacia el entorno inmediato europeo.

América quedó en segundo plano ante una poderosa corriente intraeuropea que se encargó de trasvasar a los países continentales el “excedente” demográfico de las tierras del sur. España fue, después de Italia, el principal partícipe en esa nueva emigración.

El nuevo ciclo migratorio que comenzó en los años sesenta se caracterizó por rebasar el área francesa y extenderse a otros países vecinos: a Alemania en primer lugar, pero también a Suiza, a Austria, a los Países Bajos y a Bélgica. Los años con máxima emigración española fueron: 1962 a Francia (63.500 emigrantes), 1965 a Alemania (65.100 emigrantes) y 1969 a Suiza (56.280 emigrantes).

Los motivos de atracción eran idénticos en todas partes: el desarrollo económico, la baja natalidad europea en los años anteriores a la guerra mundial y el aumento del nivel educativo, que prolongó la escolaridad, retrasando en Europa occidental la edad de incorporación a la vida activa.

Durante el quinquenio 1960-1964 se produjeron 388.674 salidas (permanentes y temporales) a través del Instituto Español de Emigración (IEE), cantidad que superó ampliamente a la de los emigrantes transoceánicos durante el mismo periodo (168.000). La proporción de varones dentro de la emigración europea era muy superior (86,5%) a la observada en los emigrantes transoceánicos (56,6%). El 99,2% de los emigrantes europeos estaba en las edades 15 a 54 años (el 77,3% entre los emigrantes transoceánicos).

En la tabla A.28 adjunta se recogen los datos de la emigración “asistida”, es decir, la que se realizaba a través del IEE. El auge económico que se produjo en Europa fue capital para el éxito del propio “Plan de Estabilización”. De hecho, la emigración española se convirtió, en un cortísimo período de tiempo, no sólo en la mayor en cuanto al flujo anual de entradas en Europa, sino que el número de españoles residentes en países europeos empezó a ser muy notable.

Tabla A.28. Emigración asistida a Europa

Años	Emigrantes permanentes y temporales (1)	Emigrantes de temporada
1960	9440	31338
1961	42152	66694
1962	81291	68625
1963	83645	77180
1964	102146	103495
1965	74639	108712
1966	56.795	98437
1967	25911	98619
1968	66699	103022
1969	100840	106428
1970	97657	106230
1971	113702	100228
1972	104134	112576
1973	96088	101560
1974	50695	99120
1975	20618	97993

Fuente: Instituto Nacional de Emigración. Elaboración Propia

Ya en esa época se hablaba en los medios oficiales de “emigración para el pleno empleo”; más tarde se habló de “la planificación y la movilización de los recursos humanos de la forma más productiva, en su empleo fuera de nuestras fronteras” Leguina (1977:53). Desde las esferas oficiales, la emigración se presentaba como una emergencia, sin embargo pronto se convirtió en un rasgo de la economía española, ya que, además del señalado efecto de válvula de seguridad en el empleo, los emigrantes fueron una relevante fuente de divisas netas para el país (ver tabla A.29).

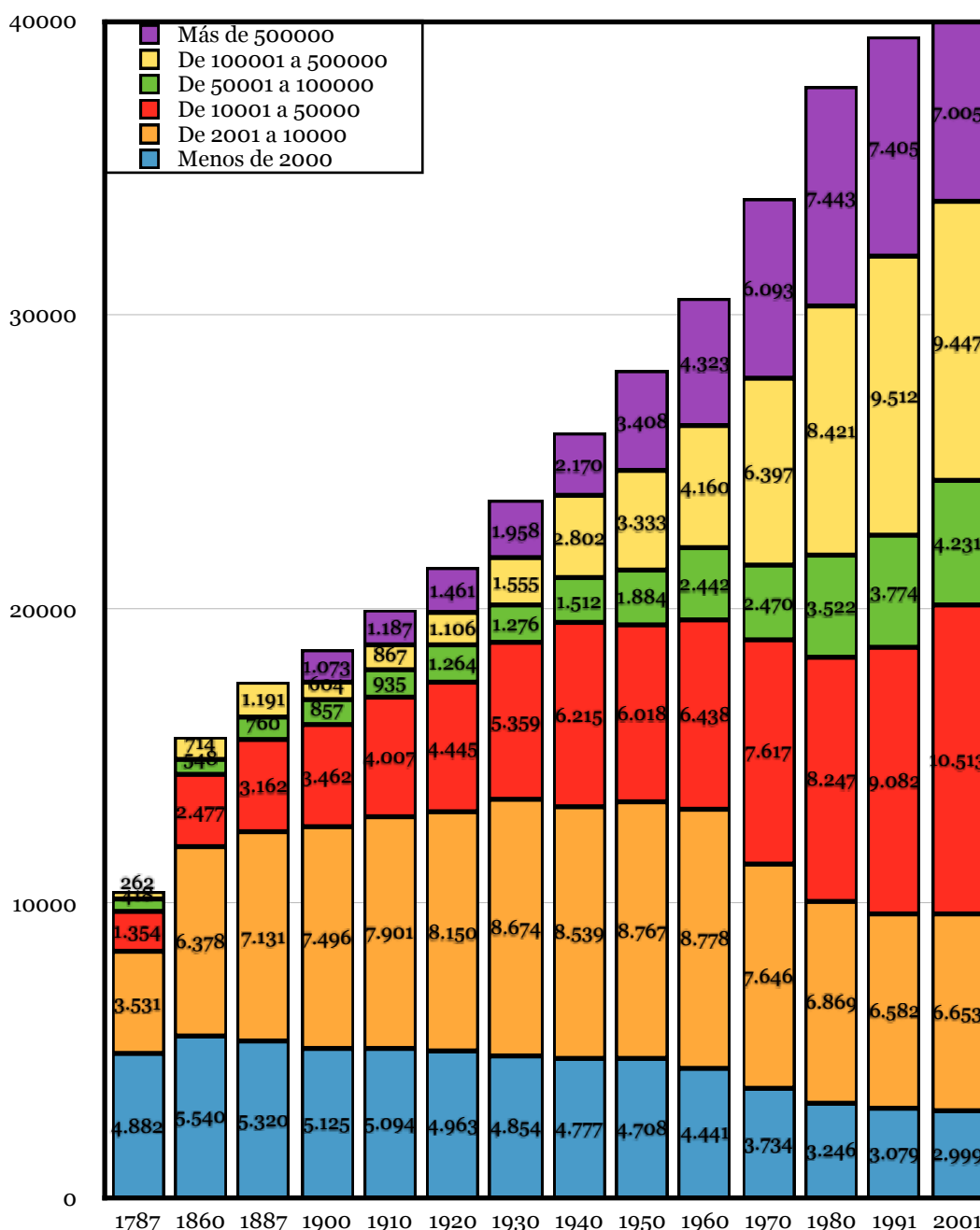
Tabla A.29. Déficit comercial y porcentaje que cubren las remesas de los emigrantes (millones de pesetas)

Años	Déficit de la balanza comercial	% cubierto por las remesas de los inmigrantes
1961	278,71	41,6
1962	637,85	23,2
1963	1012,63	19,8
1964	1070,2	22,3
1965	1758,66	17,1
1966	1991,7	17,4
1967	1781,18	18,3
1968	1572,2	20,6
1969	1870,5	21,5
1970	1873,74	25
1971	1598,98	34,4
1972	2253,42	26,6

Fuente: Nicolau R. Población, salud y actividad. Estadísticas históricas de España. Vol. 1. Fundación BBVA. 2005

Si la emigración exterior fue notable durante el franquismo, mucho más significativos fueron los movimientos migratorios internos. Basta para demostrarlo con saber que en 1940 vivían en ciudades mayores de 500.000 habitantes 2.170.000 españoles y en el año final de la dictadura eran 6.768.000, pasando de un porcentaje de 8,3 sobre la población total al 18,9 en 1975. (Ver gráfico A.8).

Gráfico A.8. Evolución de la distribución población según tamaño del municipio



Fuente: Carreras et al. (2005). Fundación BBVA

1.1.6. La etapa democrática (1976-2012)

Durante la etapa histórica que comenzó a la muerte del general Franco se produjeron en España grandes cambios, también demográficos, y estos últimos han tenido, tienen y tendrán una gran trascendencia social.

En 1976 España contaba con una población en torno a los 36,1 millones de habitantes, que en 2012 había crecido hasta los 46,8 millones (ver Tabla A8). En esas casi cuatro décadas los comportamientos de la población española en torno a fenómenos como la nupcialidad y la fecundidad cambiaron de forma notable, de suerte que el modelo familiar clásico dejó de

ser el mayoritario en España. Las claras diferencias que existían antaño en Europa entre el modelo de familia nórdico y el modelo latino se han diluido.

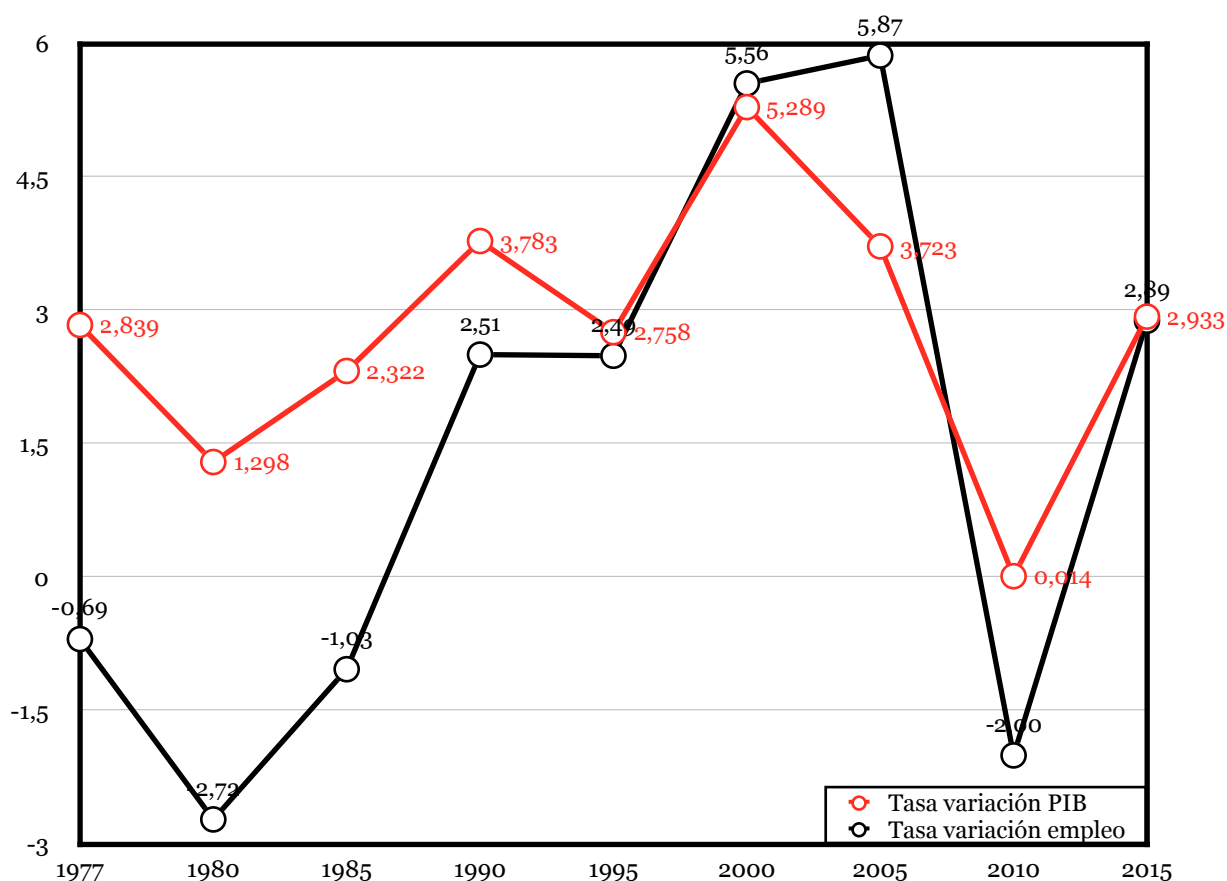
La fecundidad española, de ser, como ya hemos indicado, de las más altas de Europa, cayó en picado y hoy es de las más bajas. Por su parte, la proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio ha pasado de representar el 2,0% en 1975 al 38,6% en 2012.

Estos datos iluminan un cambio copernicano en los “usos y costumbres” de los españoles en su sistema de cohabitación y de reproducción.

La emigración, que había sido una de las características de la población española, también cambió de signo en los años finales del siglo XX y España comenzó a recibir inmigrantes en cantidades notables, de manera que al inicio de la crisis actual (año 2008) eran 4,6 millones los residentes en España nacidos en el Extranjero.

Estos cambios se analizarán con algún detalle a continuación, pero antes conviene tener presente la evolución económica (crecimiento del PIB) y laboral (crecimiento del empleo) que recoge el Gráfico A.9 adjunto.

Gráfico A.9. El mercado laboral y el crecimiento económico. (Variación anual de empleo y PIB)



Fuente: OCDE Data

Esa evolución no tiene una relación mecánica con los comportamientos demográficos, pero sirve para visualizar los dos agregados que influyen -y de manera notable- en la percepción de los habitantes a la hora de tomar decisiones relevantes en el campo demográfico, especialmente en lo reproductivo y lo migratorio.

a) Nupcialidad y divorcios

Basta con observar los datos brutos sobre nupcialidad recogidos en el Cuadro A6 del Anexo para apercibirse de los cambios en los comportamientos de los españoles respecto a la nupcialidad. En efecto, durante 1976 se celebraron en España 261.000 matrimonios y en el año 2012 tan solo 168.600 y la tasa bruta de nupcialidad pasó del 7,2 al 3,6 por 1000 habitantes, bajando exactamente a la mitad.

Durante los últimos años (2002-2012) la intensidad de la nupcialidad⁶⁶ ha caído del 64% al 51% en los varones y del 64,4% al 53% en las mujeres. (Ver Tabla A.30)

Tabla A.30. Residentes en España. Intensidad de la nupcialidad según sexo y nacionalidad

Año	Españoles		Extranjeros	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2002	64	64	64	55
2003	62	63	63	65
2004	62	63	63	66
2005	61	62	62	54
2006	61	61	61	52
2007	59	61	61	47
2008	57	58	58	46
2009	51	52	52	45
2010	50	51	51	44
2011	48	50	50	40
2012	51	53	53	39

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En otras palabras: en una generación que estuviera sometida a las tasas de nupcialidad por edad observadas en España en 2012, el 49% de los varones y el 47% de las mujeres se quedarían solteros. Unas proporciones inimaginables en un pasado no tan remoto, en el cual la intensidad de la nupcialidad no estaba lejos del 100%.

En 1976 la edad media de las mujeres al contraer matrimonio fue 24,1 años (26,6 la de los varones). En 2012 esas edades fueron 33,0 años en las mujeres y 36,2 en los varones (ver Tabla A.31):

⁶⁶ La intensidad de la nupcialidad en un año determinado equivale al porcentaje de los que se casarían en una generación que estuviera sometida a las tasas de nupcialidad por edad que se observaron ese año.

Tabla A.31. Residentes en España. Edad media al matrimonio según sexo y nacionalidad

Año	Españoles		Extranjeros	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2002	32,1	29,4	36,1	33,1
2003	32,4	29,6	35,7	33,3
2004	32,8	30	35,6	33,6
2005	33,3	30,2	36,5	34,1
2006	33,9	30,7	37,1	33,9
2007	34	30,9	36,5	34,5
2008	34,3	31,2	36,7	34,8
2009	35	31,7	36,3	35,1
2010	35,6	32,3	36,2	35,4
2011	36	32,7	36,3	35,8
2012	36,2	33	36,5	36,2

Fuente: INE- Elaboración propia

Queda, pues, patente la tendencia a casarse menos y hacerlo más tarde. A ello se ha unido una menor estabilidad matrimonial. Veámoslo:

En el año 2012 se produjeron 110.764 rupturas de matrimonios, de ellas 104.262 divorcios y 6.369 separaciones legales, a las que es preciso sumar 133 nulidades. Opción esta última que hasta que se legalizó el divorcio (1981) era la elegida (vía católica) por muchas parejas para su ruptura.

La tasa bruta de divorcialidad (rupturas legales por 1000 habitantes) fue en el año 2012 de 2,37 por 1000 (2,46 por 1000 en el año 2000 y 3,11 por 1000 en 2005).

En el último año que se está aquí considerando (2012) la edad media de los divorciados, separados o anulados fue de 44,8 en los varones y 42,2 en las mujeres.

Si para comparar la divorcialidad española respecto a los países de la UE se toma como índice el número de divorcios por 1000 parejas, la situación española (2,2 por 1000 en 2011) no está lejos de Francia (2,0 por 1000) o del Reino Unido (2,1 por 1000) y por debajo de Portugal (2,5 por 1000).

Desde el punto de vista longitudinal, la duración del matrimonio entre los divorciados que se casaron en 1960 fue en España de 28,6 años y en los casados en 1980 y luego divorciados el matrimonio duró tan solo 15,4 años. En el conjunto de la UE la duración media de los matrimonios que se casaron en 1960 y luego se divorciaron fue 14,4 años y en los de la promoción de 1980 la duración media bajó a 12,4 años.

Aunque no pueda haber constancia pública⁶⁷ de cuántas parejas han elegido la cohabitación “informal”, es evidente que el modelo tradicional de la creación de una familia, en buena parte, ha desaparecido en España. ¿Cómo han influido esos cambios en

67 Los registros de parejas de hecho no cubren sino una pequeña parte de aquellos que decidieron “vivir juntos”.

las pautas de fecundidad? Se tratará de explicar con mayor precisión en el apartado siguiente, dedicado a la fecundidad, pero conviene adelantar ahora el estado actual del debate en torno a este fenómeno.

b) Relación entre fecundidad y la estabilidad de la pareja

Los datos del Eurobarómetro parecen corroborar un planteamiento según el cual la estabilidad favorece la fecundidad, pues, según este punto de vista, la estabilidad de la relación es un factor crucial a la hora de tomar la decisión de procrear.

Pero a comienzos de los años noventa surgió una tesis contrapuesta, basada en la teoría de la elección racional, cuyo argumento era que la inestabilidad en la pareja podría desembocar en una tasa de fecundidad más elevada. El razonamiento clave se resume así: tener hijos puede ser una estrategia para reducir la incertidumbre en una relación. Esta lógica puede ser persuasiva, ya que puede explicar la fecundidad más elevada de las parejas que pasan por circunstancias sociales y económicas adversas.

¿La fecundidad afecta a la estabilidad? ¿Las parejas tienen hijos con la idea de reducir la incertidumbre? Existen estudios empíricos que avalan que el hecho de tener hijos, al ser algo irreversible y compartido, refuerza los vínculos de la relación, pues tener un hijo comporta un compromiso a largo plazo, favoreciendo la estabilidad.

Por otro lado, el cálculo económico puede avalar esta hipótesis, ya que los progenitores, independientemente de si están casados o cohabitan, deberán afrontar costes más elevados si rompen su relación en comparación con las parejas que no tienen hijos.

c) La fecundidad

La caída del número de hijos por mujer (ISF) a partir del máximo observado en 1964 tomó un nuevo rumbo descendente y a partir de la mitad de los años setenta bajó a gran velocidad.

Al final del franquismo la fecundidad española estaba por encima de la media europea y veintitrés años después había caído al nivel más bajo de Europa. Así, en 1998, con un ISF del 1,15, la fecundidad española era la más baja de Europa, con la excepción de Letonia, que tuvo ese año un ISF de 1,11 hijos por mujer (ver tabla A.32).

En algunas regiones españolas del norte (Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco) el ISF estuvo aquel año por debajo de 1.

Tabla A.32 . Número de hijos por mujer (ISF).España

Año	ISF	Año	ISF
1976	2,8	1994	1,19
1977	2,68	1995	1,17
1978	2,55	1996	1,17
1979	2,39	1997	1,17
1980	2,21	1998	1,15
1981	2,03	1999	1,19
1982	1,94	2000	1,23
1983	1,8	2001	1,24
1984	1,73	2002	1,25
1985	1,65	2003	1,3
1986	1,55	2004	1,31
1987	1,49	2005	1,33
1988	1,45	2006	1,37
1989	1,4	2007	1,38
1990	1,35	2008	1,45
1991	1,33	2009	1,38
1992	1,32	2010	1,37
1993	1,27	2011	1,34
		2012	1,32

Fuente: INE. Elaboración propia

El número de hijos por mujer (ISF), tras llegar al bajo nivel de 1998, comenzó a recuperarse levemente, hasta alcanzar el 1,45 en 2008, el primer año de la crisis. Luego volvió a ralentizarse hasta 1,32 en el año 2012.

La leve subida observada en los primeros años del nuevo siglo suele atribuirse a la mayor fecundidad de las nacidas en el Extranjero, cuya presencia, como se verá más adelante, era ya perceptible en esos años. En efecto, el ISF de las extranjeras era superior al de las españolas (en torno al 4,5% mayor), pero en lo que más se diferenciaban las dos fecundidades era en el “calendario”, siendo la maternidad de las extranjeras residentes en España mucho más adelantada. Por ejemplo, en 2002 (año sobre el cual comenzaron a publicarse estos datos) la tasas de fecundidad de las extranjeras del grupo 20-24 años multiplicaba por 4,4 la tasa de las españolas; sin embargo, en 2012 esa diferencia era ya mucho más baja (multiplicaba tan solo por 1,8). Por otra parte, la tasa de fecundidad de las españolas a partir de los treinta años de edad era y es claramente superior a la fecundidad de las extranjeras.

En la tabla I.33 se muestra que la caída de la fecundidad, aun siendo mayor en España, respondía a un comportamiento similar en el conjunto de los países europeos. En efecto, la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo comenzó a ser la norma europea en la década final del siglo XX. Y esa sigue siendo la norma (véase última columna de tabla A. 33).

Tabla A.33 Índice sintético de fecundidad (ISF) en el año de fecundidad más baja y en el 2011. Europa

	Año	ISF	Año 2011
Europa Occidental			
Austria	2001	1,33	1,42
Francia	1993	1,66	2,04
Alemania	1994	1,24	1,36
Irlanda	1995	1,84	2,05
Holanda	1983	1,47	1,76
Suiza	2001	1,38	1,52
Reino Unido	2001	1,63	1,98
Países Nórdicos			
Dinamarca	1983	1,38	1,75
Finlandia	1987	1,59	1,83
Noruega	1983	1,66	1,88
Suecia	1999	1,5	1,9
Europa del Sur			
Grecia	1999	1,24	1,43
Italia	1995	1,19	1,45
Portugal	2007	1,34	1,35
España	1998	1,15	1,15
Europa Central			
República Checa	1999	1,13	1,43
Hungría	1999	1,28	1,23
Polonia	2003	1,22	1,3
Eslovaquia	2002	1,19	1,45
Eslovenia	2003	1,2	1,56
Europa del Este			
Bulgaria	1997	1,09	1,51
Rumania	2002	1,25	1,25
Estonia	1998	1,28	1,52
Letonia	1998	1,11	1,34
Lituania	2002	1,24	1,76
Rusia	1999	1,16	-
Ucrania	2001	1,09	-

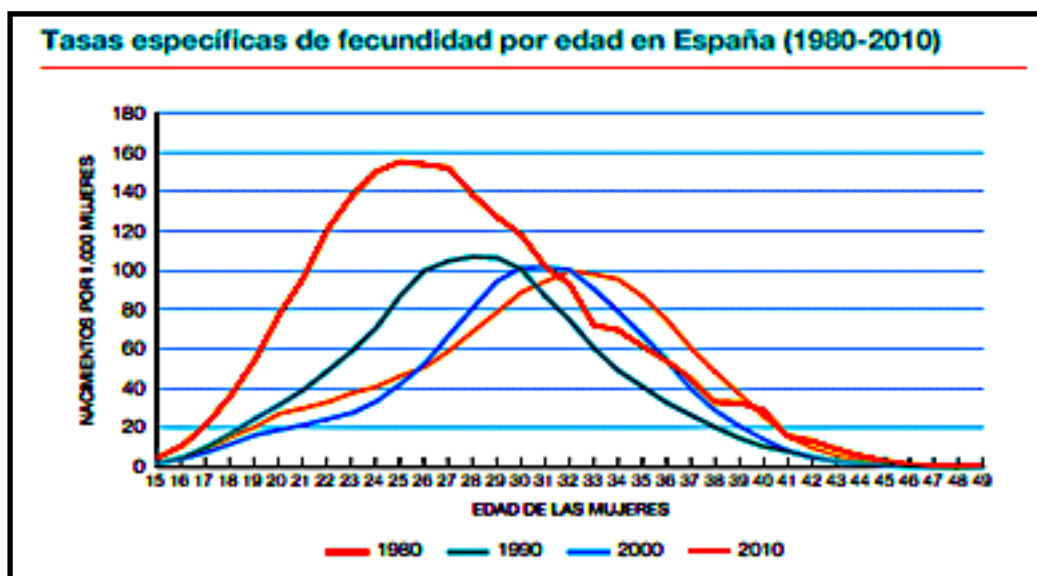
Fuente: Eurostat: Population reference Sobotka y Jasilioniene, 2009

Sólo Francia con un ISF de 2,04 en 2011 se acercaba al nivel de reemplazo (2,1) y España, a pesar de la leve remontada previa a la crisis, seguía teniendo en 2011 la fecundidad más baja de Europa.

Entre 1975 y 2012 el porcentaje de primeros hijos respecto al total de nacidos pasó del 37,9% al 53%, mientras que el porcentaje de terceros hijos cayó del 16,6% al 7,0%. Como era de esperar, los hijos de orden 5 ó superior que eran el 7,6% en 1975 cayeron al 0,9%.

Como muestra el Gráfico I.10, la caída de la fecundidad en España también ha ido acompañada de un notable retraso en el “calendario”):

Gráfico I.10. Tasas específicas de fecundidad por edad en España (1980-2010)



Fuente: INE base (www.ine.es)

Los hijos llegan en España a edades cada vez más tardías de las madres y también de los padres: en 1980 la edad media de las madres al tener su primer hijo fue de 25 años y en 2012 había subido a 30,25 años. La de los padres pasó de 30,1 a los 33,3 años. Desde 1976 la edad de las mujeres al tener su primer hijo ha retrasado en España 5,3 años y la del segundo 4,8 años. De esta suerte, en la actualidad, España, Italia, Alemania y Reino Unido son los países de la OCDE en los que la edad de las madres más se ha retrasado y ese retraso en la edad de la maternidad es uno de los cambios más llamativos ocurridos en los últimos años dentro de los comportamientos fecundos.

En el pasado, las normas sociales sobre la edad de la maternidad constituían una barrera para que las mujeres no tuvieran hijos más allá de la “edad apropiada”. Actualmente las actitudes respecto al momento adecuado son mucho más flexibles.

De hecho, la edad considerada ideal para ser madre por las mujeres españolas (27,3 años) es la más elevada de toda Europa. Todavía existe una diferencia sustancial entre la edad ideal y la edad real para tener el primer hijo, pero a medida que las condiciones óptimas para tener hijos (haber completado la educación, un empleo estable, estabilidad de la pareja y vivienda en propiedad) se vuelven cada vez más difíciles de alcanzar, la “edad adecuada” también se dilata. Además, las técnicas de reproducción asistida han contribuido a ampliar significativamente la capacidad reproductora de la mujer, si bien con limitaciones, ya que el índice de éxito de dichas técnicas disminuye mucho con la edad.

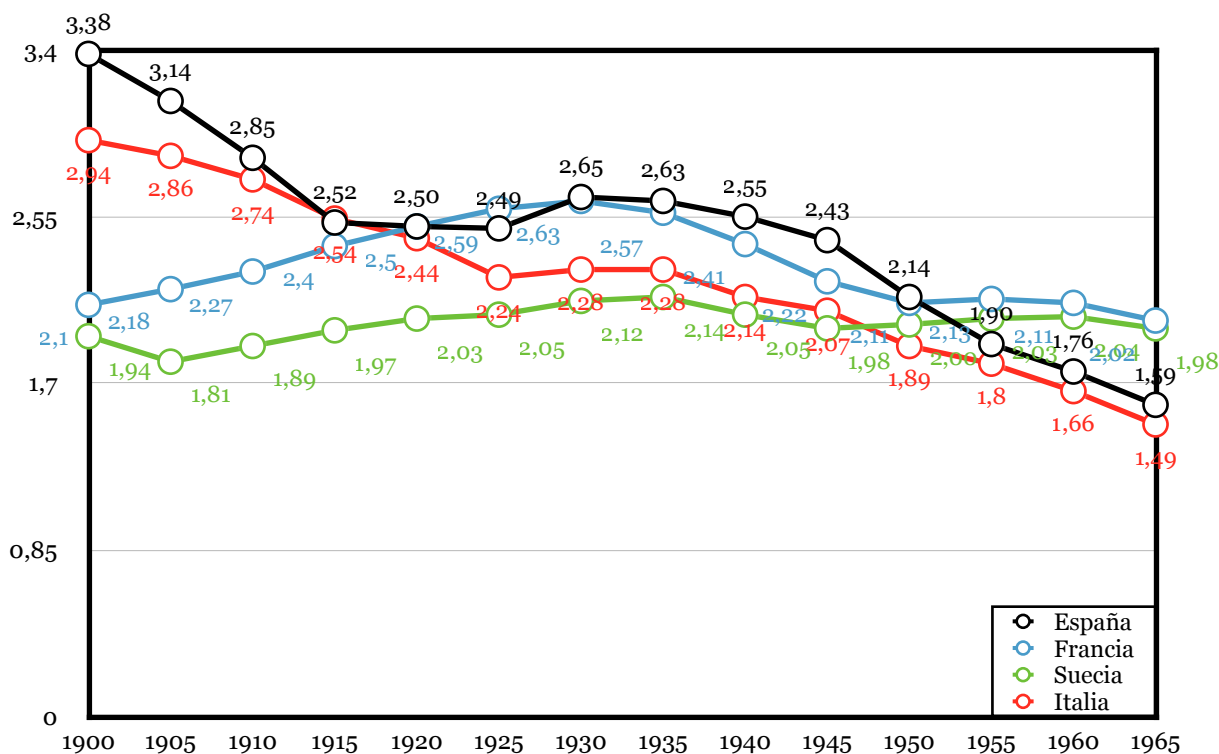
Esta tendencia al aplazamiento implica que una proporción creciente de mujeres llega hoy a la maternidad a edades en las que, desde un punto de vista biológico, la fertilidad disminuye rápidamente.

Por otro lado, hay estudios que subrayan las consecuencias adversas de la maternidad tardía para la salud de la madre y la del recién nacido: complicaciones del embarazo, abortos, partos prematuros o bajo peso al nacer son algunos de esos riesgos que aumentan exponencialmente con la edad de la madre.

Los sociólogos, sin embargo, tienden a subrayar los efectos positivos de la maternidad tardía: mayor estabilidad familiar, mayores recursos económicos de los padres y un perjuicio menor para las trayectorias profesionales tanto de las madres como de los padres.

Si se contempla la fecundidad desde la óptica longitudinal (DF: Descendencia Final) se comprueba que la caída sigue en España una curva descendente más intensa que en los grandes países europeos, pasando de casi tres hijos y medio para las mujeres nacidas en 1900 a 1,6 en las nacidas en 1965 (Ver gráfico I.11):

Gráfico I.11. Descendencia final según generación de nacimiento de la madre (1900-1965)



Fuente: INED. Developed countries database (www.ined.fr/en/pop_figures/developed_countries/developed_countries_database)

Esas caídas en la DF tienen otra componente que también ha crecido: la proporción de mujeres sin hijos al final de su vida fértil, que pasó en España del 9% en las nacidas entre 1940 y 1955 al 13% en las nacidas en 1965.

Por su parte, la probabilidad de tener un hijo se ha mantenido relativamente estable entre las generaciones que nacieron entre los años 1940-1965 (en torno al 90%), pero la de tener un segundo hijo cayó del 90% en las nacidas en 1940-1955 al 20% en las nacidas en 1965. Un caída ciertamente significativa.

Hasta mediados de los años setenta los demógrafos y sociólogos atribuían la caída de la fecundidad –lenta y larga en el tiempo- a la modernización de las sociedades. ¿Qué entendían por modernización?

Sin ánimo de exhaustividad, la modernización tendría como características la disminución de la mortalidad, principalmente infantil y juvenil, la elevación del nivel de instrucción, la mejora de la condición femenina, el desarrollo de la previsión social (en particular de los sistemas de jubilación), la urbanización —y sus corolarios, como son la disminución de la población que vive de la agricultura, del pequeño comercio y del artesanado, la nuclearización de los hogares y el incremento del trabajo asalariado— y finalmente la secularización (el mayor laicismo de la sociedad).

“¿Qué ocurre con el descenso reciente? ¿Se trata de la primera manifestación de un régimen oscilante?”, se preguntaba el conocido demógrafo y estadístico francés Gerard Calot (1995):

“No se puede zanjar este debate y concluir con seguridad –se contestaba- que la fecundidad futura fluctuará en torno al nivel que garantiza el reemplazo de las generaciones”.

La descripción de las causas inmediatas de la caída de la fecundidad estaban muy claras para Gérard Calot y las resumía así:

“El control casi total de la fecundidad que han permitido los anticonceptivos orales, la esterilización y el aborto legal han jugado un papel determinante en el seno de las sociedades que aspiraban a adquirir este control. Utilizados –sobre todo en un primer momento- por las mujeres casadas que no deseaban más hijos (anticoncepción de parada), luego fueron utilizados por mujeres casadas en los momentos iniciales del matrimonio (anticoncepción de espaciamiento) y, finalmente, por jóvenes antes del matrimonio”. (Calot 1995:195)

En España, según la Encuesta de Fecundidad publicada a finales del año 2000, el 53,2% de las mujeres en edad fértil que fueron encuestadas declaró utilizar métodos anticonceptivos seguros.

Calot no tenía dudas de que la anticoncepción moderna había invertido el sentido de la decisión en materia de procreación:

“No hace mucho, era preciso un acto positivo para evitar tener un hijo; hoy hay que decidir interrumpir el proceso de la anticoncepción para tenerlo. De alguna manera, se ha pasado del hijo por omisión al hijo por acción”. (Calot 1995:196)

Por otro lado, desde el origen de esas nuevas pautas de fecundidad, se detectó una clara disminución del “deseo del hijo”. En efecto, las encuestas sobre el “número ideal de hijos” muestran que en el momento en el que se produjo el descenso de la fecundidad efectiva, apareció una disminución importante de la dimensión familiar considerada ideal.

La difusión de la anticoncepción moderna se encuentra igualmente -ya lo hemos visto- en el origen del descenso de la nupcialidad. Hasta hace poco, el matrimonio era, de alguna manera, “el pasaporte” expedido por la sociedad que permitía la vida en pareja. Sin ese “pasaporte”, era arriesgado exponerse a tener un hijo, salvo desafiando al entorno social. Y si en ausencia de ese “pasaporte” se iniciaba el embarazo, urgía acelerar la regulación de la situación solicitando rápidamente tan “indispensable” documento, de manera que el hijo pudiera ser “legítimo” en el momento del nacimiento, es decir, dentro del matrimonio.

Con la anticoncepción moderna y la legalización del aborto se hizo posible vivir en pareja sin exponerse a los riesgos de tener un hijo intempestivo. En tales condiciones, ¿por qué coger el “pasaporte”? Y, en un momento posterior, siendo socialmente aceptada la vida en pareja sin matrimonio, ¿por qué no tener el hijo considerado poco tiempo antes como intempestivo? De ahí el rápido incremento de la proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio. Concretamente, en España el 38,6% de los niños nacidos en 2012 nacimientos fueron hijos de mujeres no casadas.

El dominio creciente y casi total de la fecundidad se ha operado en sociedades que claramente aspiraban a reducir su descendencia. Apenas si cabe duda de que este dominio ha permitido establecer nuevos espacios de libertad individual y contribuye de manera determinante a la mejora de la condición femenina, dando a la mujer un papel decisivo respecto a la procreación y sobre todo ha contribuido al desarrollo masivo de la actividad profesional femenina fuera del domicilio. Probablemente, ese desarrollo de la actividad femenina ha contribuido a reducir el deseo del hijo, si no para el primero, sí para el segundo y el tercero. Si el aumento de la actividad profesional femenina ha permitido una elevación sustancial del nivel de vida de las familias, también ha hecho más dolorosa la interrupción de esa actividad cuando las responsabilidades familiares y las responsabilidades profesionales devienen incompatibles.

Esta entrada de las mujeres en el mundo del trabajo, cuyas reglas del juego han sido concebidas originalmente por los hombres y para los hombres, ha sido el elemento decisivo de la emancipación femenina. Pero hay que tener en cuenta que, en defecto de mejores adaptaciones, tanto en materia de organización del trabajo (tiempo parcial, horarios flexibles), como de cuidado de los hijos (cuidado de hijos de corta edad y también de niños ya escolarizados fuera de los horarios escolares) los efectos sobre la fecundidad han sido determinantes.

Partiendo de la base de que volver hacia un modelo de familia tradicional resulta indeseable, estudios recientes (Arpino, B., Esping-Andersen, G. y Pessin, L. 2013) concluyen en que los aumentos más notables de la fecundidad en Europa se han dado en los países donde han coincidido, por un lado, un aumento de la autonomía individual de las mujeres y, por otro lado, un aprecio creciente respecto a los niños. Estos datos confirman la teoría de McDonald según la cual la igualdad de género en las instituciones sociales (es decir, en la educación formal y el mercado laboral) y en las relaciones de pareja es una condición necesaria para que a partir de ahora aumente la fecundidad.

En otras palabras: la correlación entre la igualdad de varones y mujeres y la fecundidad se ha tornado positiva, es decir, a mayor igualdad, mayor fecundidad. Cuando los países comenzaron la transición que los alejó del modelo tradicional de familia, la familia del varón “sustentador”, la difusión de los valores de igualdad entre varones y mujeres presentaba una asociación negativa con la fecundidad. Más adelante, cuando este proceso está ya avanzado y los nuevos valores igualitarios pasan a ser predominantes en la sociedad, se registra un cambio hacia un impacto positivo de la igualdad en la fecundidad.

Están claros los cambios que acompañaron el descenso de la fecundidad, pero no dan respuesta a una cuestión relevante: ¿por qué la fecundidad española es más baja que la europea? Si las razones descritas explicaran la evolución de la fecundidad, la fecundidad sueca, por ejemplo, sería ahora más baja y no más alta que la española, pues la tasa de actividad femenina es allí notablemente superior, teniendo en cuenta, además, que en Suecia, como en todos los países nórdicos, la proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio es muy elevada.

Por otro lado, la proporción de rupturas matrimoniales no ha hecho sino crecer en toda Europa, tanto desde el punto de vista de los índices anuales como desde una visión generacional.

Pero mientras en Suecia la mitad de los matrimonios celebrados en 1980 había concluido en divorcio en el año 2000, en España apenas superaba el 10%, y siendo todos estos, y otros, indicadores más favorables para que en España la fecundidad fuera mayor que, por ejemplo, en Suecia, ¿por qué ocurre todo lo contrario?

La explicación de esa diferencia ha de buscarse, pues, en otra parte. Por ejemplo, en el empleo. Veamos:

El cambio en los papeles tradicionales asignados a las mujeres, iniciado en el conjunto de Europa antes que en España, ha estado acompañado, a partir de los años setenta y muy especialmente a partir de la desaparición de los regímenes soviéticos, por un proceso en el cual el estatus del trabajo asalariado ha variado a peor, es decir, hacia la inseguridad y de una forma contundente.

El empleo efímero y la destrucción progresiva del Derecho laboral han sido más profundos en España que en los grandes países europeos. En concreto, el paro y la temporalidad laboral son en España notablemente más altos que en el resto de la Unión Europea y, por supuesto, mucho mayores que en Suecia.

Los efectos perversos de ese cambio han caído, como era de esperar, sobre las espaldas de las generaciones más jóvenes y en España muy especialmente sobre las mujeres. El diferencial en inestabilidad laboral que sufre España en su contra está muy presente a la hora de tomar la decisión de tener un hijo, y es ahí donde reside la clave de esa fecundidad tan baja.

Por otro lado, en España, la mujer, aunque trabaje fuera de casa por cuenta ajena o propia, carga, además, con las labores del hogar, el cuidado de los hijos y de los ancianos y lo hace casi en exclusiva. Los datos que arrojan las diversas encuestas realizadas al respecto muestran, en lo que se refiere al trabajo doméstico, unos comportamientos mejores que antaño pero aún muy duros para las mujeres.

La “conciliación entre la vida laboral y familiar” sigue siendo entre nosotros una frase piadosa con muy escaso contenido práctico, mostrando que las costumbres ancestrales tienden a mantenerse, aun cuando la situación que las hiciera “funcionales” haya cambiado radicalmente.

d) Abortos

Hasta 1985 el aborto en España era un delito. La ley que entró en vigor aquel año despenalizó el aborto bajo ciertos supuestos y el Ministerio de Sanidad comenzó a suministrar datos sobre abortos según algunas características de las mujeres. De esos datos se obtiene, por ejemplo, la tabla A.34 adjunta, donde se recoge el número total de abortos practicados y la tasa (por 1000 mujeres) según la edad.

Tabla A.34. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Serie 1992-2011. Abortos voluntarios y tasas por grupos de edad. Tasa por 100 mujeres

Año	Nº de Abortos	Tasa de 19 y menos años	Tasa de 20 a 24 años	Tasa de 25 a 29 años	Tasa de 30 a 34 años	Tasa de 35 a 39 años	Tasa de 40 y más años
1992	44.962	3,93	7,54	6,15	5,35	4,54	2,34
1993	45.503	3,89	7,75	6,44	5,4	4,37	2,26
1994	47.832	4,22	7,92	6,66	5,73	4,57	2,36
1995	49.367	4,51	8,16	6,32	5,76	4,54	2,43
1996	51.002	4,91	8,35	7,02	5,89	4,7	2,37
1997	49.578	5,03	8,13	6,84	5,57	4,45	2,27
1998	53.847	5,71	9,13	7,35	5,99	4,65	2,35
1999	58.399	6,72	10,26	7,9	6,37	4,86	2,34
2000	63.756	7,49	11,88	8,66	6,9	5,11	2,35
2001	69.857	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47
2002	77.125	9,28	14,37	10,72	8,1	5,84	2,72
2003	79.788	9,9	15,31	11,3	8,28	6,02	2,69
2004	84.985	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69
2005	91.664	11,48	16,83	12,6	9,07	6,48	2,87
2006	101.592	12,53	18,57	14,44	10,12	7,34	3,05
2007	112.138	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
2008	115.812	13,48	21,05	16,49	11,63	7,97	3,3
2009	111.482	12,74	20,08	16,02	11,63	8,05	3,36
2010	113.031	13,05	20,22	16,57	12,29	8,42	3,58
2011	118.359	13,67	21,34	17,72	13,36	9,23	3,86

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El primer dato relevante que arroja el cuadro es el fuerte crecimiento del número total de abortos, que ha pasado de 44.962 en 1992 a 118.359 en 2011. Un crecimiento ininterrumpido que ha multiplicado por 2,6 el número de abortos en tan solo veinte años.

La tasa de abortos de mujeres muy jóvenes (menores de 20 años) que estaba por debajo de la media en 1992 (3,93 por 1000 frente al 5,10 por 1000 de media) había superado esa media en 2011, alcanzando cotas muy elevadas, aunque no tanto como las que en ese último año tuvieron las jóvenes entre 20 y 24 años (el 21,34 por 1000 mujeres de esas edades abortaron durante 2011).

El crecimiento ha sido muy notable, pero ¿cómo son estas cifras en comparación con las observadas en el entorno europeo? Durante el último año del cual se disponen de datos franceses (2007) hubo en el país vecino 218.367 abortos, que en comparación con los contabilizados en España ese mismo año, fueron más del doble, sin embargo Francia no tiene el doble de mujeres en edad fértil.

Algo parecido se puede decir de la comparación de España con el Reino Unido (202.105 abortos contabilizados allí en 2009). Sin embargo, la comparación con los abortos registrados en Alemania es diferente, en 2010 hubo 110.431 abortos en el país teutón, donde hay muchas más mujeres en edad fértil que en España, mientras que en nuestro país hubo ese año 113.031 abortos.

El 45,4% de las mujeres residentes en España que abortaron durante 2011 no tenía hijos. El 18,4% tenía uno, el 18,5% dos y las mujeres con tres hijos o más sólo produjeron el 9,1% de los abortos observados ese año.

La mayoría de los abortos se realizaron durante los primeros dos meses (8 semanas) de embarazo. De todos los abortos registrados en 1992, el 66,9% se hizo en esos dos primeros meses y esa proporción se ha mantenido estable: en 2011 el 65,6%.

En 1992 el 94,4% de los abortos se realizó durante los tres primeros meses (12 semanas) de embarazo. Esta proporción ha bajado levemente a lo largo de los últimos veinte años, colocándose en el 89,8% en 2011.

e) Mortalidad

Según las estimaciones del INE, en 2012 la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres españolas era de 82,29 años (79,38 en los varones). Sin embargo, Eurostat otorgaba para el año 2011 una esperanza de vida a las mujeres españolas de 85,4 años, la más alta que el organismo europeo estimaba para cualquier país.

También los varones españoles –siempre según Eurostat- se colocaban en la cota más alta (79,4 años), sólo superada por Suecia (79,9), Islandia (80,7) y Suiza (80,5).

Más allá de los métodos que unos organismos u otros usen para calcular las probabilidades de muerte a cada edad, nadie discute que la mortalidad española es hoy de las más bajas del mundo. La evolución de la esperanza de vida al nacer durante los últimos 20 años se recoge en la tabla A.35.

La tasa de mortalidad infantil ha seguido bajando y, con más precisión, la tasa de mortalidad neonatal (los niños fallecidos durante el primer mes por 1000 nacidos) ha caído desde el 10,25 en 1976 al 2 por 1000 durante 2012 en las niñas y desde el 13,60 por 1000 al 2,26 en los niños. Una caída ininterrumpida que habla de la mejora en los cuidados que reciben las mujeres españolas durante la gestación y el parto, abandonada ya definitivamente la arriesgada práctica del parto casero.

España ha superado desde hace años la tercera etapa de lo que los epidemiólogos llaman Transición y está en la Cuarta fase, así la denominó Olshansky (1986).

Tabla A.35. Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo. España

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2012	82,29	79,38	85,13
2011	82,27	79,32	85,16
2010	82,09	79,06	85,05
2009	81,67	78,63	84,66
2008	81,3	78,23	84,34
2007	80,97	77,79	84,14
2006	80,95	77,71	84,16
2005	80,28	77,02	83,54
2004	80,29	76,98	83,58
2003	79,71	76,42	82,99
2002	79,77	76,38	83,14
2001	79,69	76,3	83,07
2000	79,34	75,94	82,73
1999	78,84	75,41	82,29
1998	78,81	75,37	82,26
1997	78,71	75,24	82,17
1996	78,22	74,62	81,84
1995	78,09	74,51	81,7
1994	78,02	74,45	81,58
1993	77,65	74,09	81,22

Fuente : INE. Elaboración propia

Conviene tener en cuenta que al ser hoy la población española una población envejecida, el análisis por causas de muerte no puede realizarse a partir de indicadores sencillos, es preciso crear modelos complejos que no estén afectados por el propio envejecimiento.

Eurostat publicó en 2010 un estudio sobre esperanza de vida por nivel educativo para una selección de países miembros de la Unión Europea en la que, desgraciadamente, no figuraba España. Los resultados mostraban que, aunque el nivel de mortalidad ha disminuido en los tres grupos considerados (estudios de nivel alto, medio y bajo), las diferencias relativas de mortalidad entre los grupos extremos se han mantenido. La diferencia de esperanza de vida entre el grupo con nivel educativo alto y el grupo con nivel educativo bajo es, en media, superior a la que separa la mortalidad de las mujeres de la de los varones.

Como corolario, las personas con bajo nivel educativo que, en su mayoría, han iniciado pronto su vida profesional, han acumulado largas carreras de cotización cuando llega el momento de la jubilación y, sin embargo, el tiempo durante el cual van a disfrutar de la pensión será inferior a la media e inferior al de los que tienen un mayor nivel educativo, lo cual introduce una desigualdad social más.

f) Migraciones

Durante la primera parte de la etapa que aquí se está analizando (1976-2012) la inercia migratoria, ya tradicional en la población española, se mantuvo, pero a partir de los años noventa la tendencia cambió rápida y radicalmente, de suerte que el saldo migratorio comenzó a ser positivo.

Fijando la atención en la tabla A7 del anexo, que detalla año a año los movimientos migratorios, y en la tabla I.36 adjunta se detecta un primer periodo (de 1976 a 1991) durante el cual la querencia migratoria hacia Europa se mantiene, pero cada vez más atemperada, de suerte que en 1992 ya se produjeron más retornos desde Europa que salidas.

Tabla A.36. Saldo Migratorio (miles). España

Año	Saldo
2002	+648,0
2003	+607,9
2004	+610,7
2005	+636,1
2006	+628,2
2007	+716,3
2008	+443,9
2009	+47,4
2010	+62,2
2011	-50,1
2012	-171,9

Fuente: INE. Elaboración propia

Pocos años después y coincidiendo con los años finales del siglo XX, España se convirtió en un país de inmigración (hubo un saldo positivo por encima de las setecientas mil personas en el año 2007) y así se mantuvo hasta que la crisis lo quebró bruscamente. En 2011 se produjo el primer saldo negativo, que al año siguiente se multiplicaría por 3,4.

La profundidad de la crisis golpeó primero a los extranjeros, que fueron a buscar fuera de España mejores perspectivas laborales; poco después fueron españoles quienes siguieron esa senda.

Los nuevos emigrantes españoles, a diferencia de los emigrantes tradicionales, salen fuera a buscar trabajo, pero no van cargados con maletas de cartón, sino que se van sabiendo idiomas y acompañados de currículos brillantes, máster y otros títulos. Se ha iniciado así una nueva fase emigratoria que, de mantenerse, puede empobrecer a España de una forma relevante.

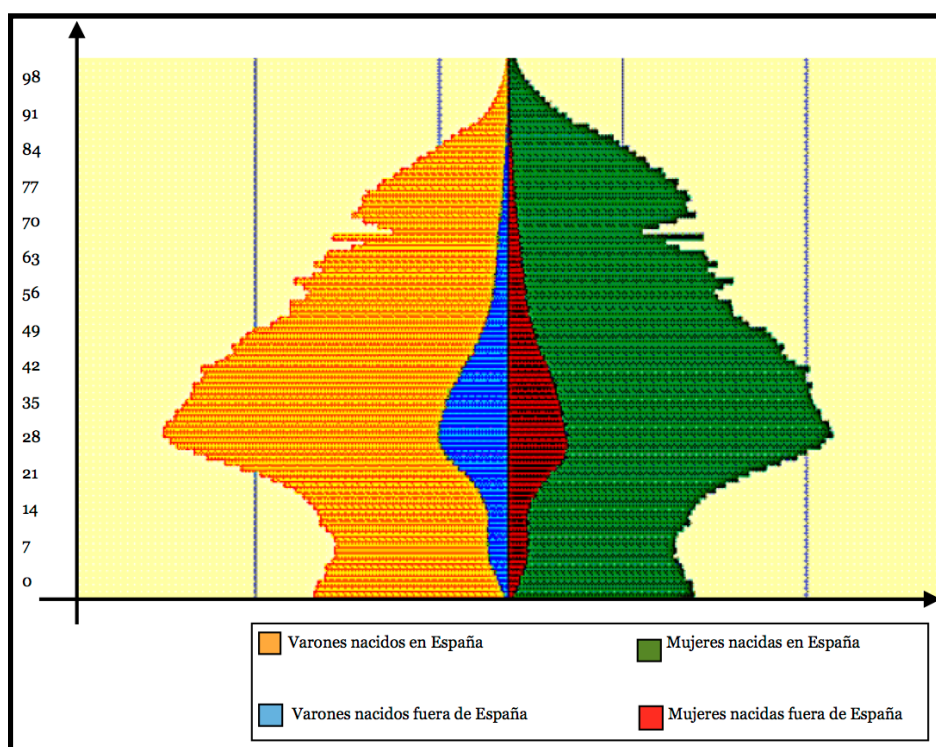
Fechada el 1 de enero de 2007, el INE realizó una encuesta (25.000 entrevistas), la “Encuesta Nacional de Inmigrantes” (ENI), dirigida a los residentes en España que habían nacido en el Extranjero.

La ENI estimó que el número total de nacidos en el extranjero mayores de 15 años y residentes en España el 1 de enero de 2007 arrojaba un total de 4.526.522 personas, de las cuales el 52,2% eran varones y el 47,8% mujeres. Estos cuatro millones y medio largos de nacidos en el extranjero representaban en el momento de la encuesta el 12,2% sobre el total de la población mayor de 15 años residente en España.

Una proporción tan alta que hubiera sido inimaginable tan solo diez años antes de la fecha de la encuesta. Conviene tener en cuenta que no todos los nacidos fuera de España eran extranjeros en el momento de la encuesta. En efecto, 335.695 de ellos, es decir, el 7,4% eran españoles desde el nacimiento y 667.228, el 14,7%, estaban nacionalizados en el momento de ser encuestados.

Como es lógico, el primer efecto demográfico de esta inmigración fue el “rejuvenecimiento” de la pirámide de edades, tal y como lo muestra el Gráfico A.12:

Gráfico A.12. Pirámide de población por país de nacimiento



Fuente: INE

Allí se comprueba que al inicio de 2007 la inmigración había dado ya una buena “inyección de rejuvenecimiento”.

Los casi seis años que separan las edades medias de los autóctonos respecto a los llegados de fuera resultan significativos, pero no tanto como para hacer caer de forma notable la edad media del conjunto (apenas la reduce en medio año), y algo parecido ha de comentarse respecto al índice de envejecimiento global, que disminuyó –por efecto del impacto inmigratorio– entre uno y dos puntos (uno en los varones y dos en las mujeres).

Mayor interés tiene, sin embargo, el cambio producido en el índice de capacidad, el cual mide la relación entre los potenciales cotizantes a la Seguridad Social, es decir, la población potencialmente activa (la que va de 16 a 64 años) respecto a la población jubilable (población de 65 años y más).

El medio punto de avance en el índice de capacidad que se debe a la inmigración representa un incremento del 11,5% respecto a ese mismo índice calculado en ausencia de inmigración. Se está, pues, ante una subida notable. Lo cual lleva a plantear una cuestión más amplia: ¿pueden los inmigrantes salvar las dificultades demográficas futuras con las que se enfrenta el sistema nacional de pensiones?

Como se acaba de señalar, el impacto a corto plazo ha sido claramente positivo y eso ha provocado algunos espejismos, todos ellos derivados de una sensación subyacente que consiste en obviar el hecho de que los inmigrantes también envejecen.

La cuestión de si los inmigrantes pueden evitar el proceso de envejecimiento en los países desarrollados –un envejecimiento causado, básicamente, por la notable caída de la fecundidad– es una cuestión que los demógrafos han tratado de elucidar mediante diversas técnicas. Sin entrar aquí a recopilar los resultados obtenidos, éstos se pueden resumir diciendo que –en general– los resultados no dan lugar a ningún optimismo. Un ejemplo servirá para ilustrar esta última afirmación: si España recibiera un flujo positivo y permanente de 225.000 inmigrantes netos anuales con una edad media de 35 años y suponiendo que la edad media inicial de la población autóctona fuera de 40 años, a largo plazo (50 años) la edad media que alcanzaría el conjunto sería de 39,9 años. Un avance apenas perceptible.

La ENI hacía un retrato muy completo de los inmigrantes residentes en España el 1 de enero de 2007, cuyas características se pueden resumir planteando una serie de preguntas básicas a las cuales la ENI permite responder:

¿Cuándo han llegado? El 44,3% había llegado a España después de 2001.

¿De dónde vienen y cómo han venido? ¿Cómo se han distribuido en el territorio español?
¿Llegaron con contrato previo de trabajo o vinieron sin él?

La colectividad más grande de entre quienes estaban instalados en España en 2007 era la de los provenientes de Latinoamérica, con un total en torno a 1.800.000 personas (el 54,4 por 100 de ellos eran mujeres). Tras los latinoamericanos estaban los europeos de la UE, con más de 1.500.000 personas (el 47,8 por 100 mujeres) e inmediatamente después aparecían los magrebíes: por encima de 600.000 personas (35,2 por 100 mujeres), la inmensa mayoría de estos últimos eran marroquíes.

Muchos de los inmigrantes (el 62,7%) había llegado a España en avión, pero en el caso de los africanos –magrebíes o subsaharianos– las embarcaciones conocidas como pateras o cayucos no fueron un medio de transporte inusual. En efecto, el 7,3% de los varones magrebíes y el 11,8% de los varones subsaharianos utilizaron este arriesgado medio para ingresar en España.

Los nacidos en el Extranjero se instalaron en el territorio español siguiendo una pauta elemental: buscar posiciones en el mercado laboral. Por eso la representación gráfica de su presencia en un mapa de España era muy parecida a una foto aérea nocturna: allí donde hay más luz eléctrica más foráneos había.

El 83,9% de los inmigrantes que estaban ocupados en el momento de la encuesta llegó a España sin contrato laboral previamente suscrito o apalabrado. Sin embargo, casi la cuarta parte (el 24,8%) de los que llegaron sin contrato previo había encontrado trabajo antes de que pasaran quince días de su estancia en España y el 35,6% lo había conseguido antes de que pasara un mes tras su llegada.

¿Cambiaron mucho de residencia? El 63,1% no había cambiado de municipio de residencia, proporción que, lógicamente, bajaba al 50,3% entre aquellos nacidos en el Extranjero que llevaban más de veinte años residiendo en España.

La ENI describía una movilidad intermunicipal entre los foráneos mayor que la de los autóctonos, pero no podía hablarse de una gran movilidad territorial: sólo el 5,3% había cambiado más de dos veces de municipio. En relación a su convivencia, el 45,8 % convivía con su cónyuge (el 31,2% con hijos) y el 24,0% eran solteros y no tenían hijos.

El 70,9% de los varones nacidos en el Extranjero y que estaban casados lo estaban con mujeres de su mismo país. También el 64,4% de las mujeres casadas tenían un cónyuge de su mismo país. Ahora bien, dada la breve estancia que en general llevaban en España, la exogamia -del 29,1% entre los varones y del 35,6% entre las mujeres- ya alcanzaba valores notables.

Por otro lado, más de 360 mil españolas estaban casadas con foráneos y más de 410 mil varones españoles lo estaban con mujeres foráneas.

En otras palabras: el 28,6% de los varones nacidos en el Extranjero que estaban entonces casados lo estaban con españolas y el 37,7% de las casadas foráneas lo estaban con varones de nacionalidad española.

¿Cuántas viviendas y de qué tipo ocupaban los inmigrantes? ¿Habían comprado viviendas o las tenían alquiladas? ¿Sufrían hacinamiento habitacional? En el momento de la encuesta había en España 2.600.000 viviendas en las que vivía, al menos, una persona nacida en el Extranjero.

El 38,2% de las viviendas estaba en régimen de propiedad y el 40,3% en alquiler. El 27,3% de esas viviendas era de tipo unifamiliar y el 72,2% eran pisos o apartamentos. El 54,6% de las viviendas unifamiliares en régimen de propiedad estaban completamente pagadas y entre los pisos o apartamentos en régimen de propiedad, un tercio estaba ya pagado por completo.

La superficie media de las viviendas en las que habitaba algún nacido en el Extranjero era de 75,3 m², con una ocupación de 3,4 personas por vivienda. Por tanto, lejos de situaciones de hacinamiento, con la excepción de los asiáticos (20,4 m² y 3,9 personas por vivienda) y, en menor medida, de los europeos no comunitarios (25,5 m² con 3,2 ocupantes por vivienda).

¿Tenían problemas de comunicación a causa de la lengua? El 44,9% de los nacidos en el Extranjero tenía como lengua materna el español y el 58,3% de aquellos cuya lengua materna era distinta del castellano declaró hablar bien o muy bien esa lengua. Sólo el 14,5% de los inmigrantes de lengua materna diferente del castellano declaró no hablar español. Dadas las condiciones de reciente ingreso en España, no parece que a medio plazo esto de la lengua fuera un grave problema.

¿Iban a la escuela? ¿Hablaban los niños bien el español? ¿Cuántos iban a la Universidad? De los hijos de nacidos en el Extranjero entre 4 y 16 años (edades de escolarización

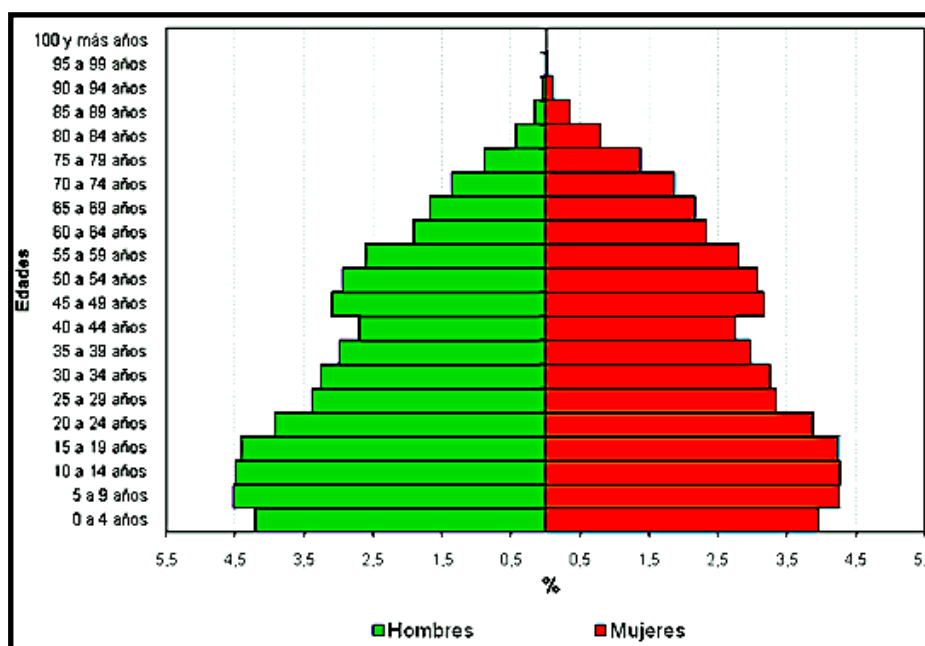
obligatoria) el 97,5% estaban escolarizados y el 91,6% dijo hablar bien (el 20,4%) o muy bien (el 71,2%) el idioma español. Estas cifras subían al 92,3% (que lo hablaban bien o muy bien) entre los muchachos mayores de 16 años (el 76,8% de ellos dijo hablarlo muy bien).

El 30,9% de los chicos y chicas hijos de inmigrantes estaba escolarizado cumplidos ya los 17 años. Tasa de escolarización que subía al 72,9% entre los hijos de nacidos en el Extranjero con padres de alto nivel de cualificación.

g) Estructura por edades

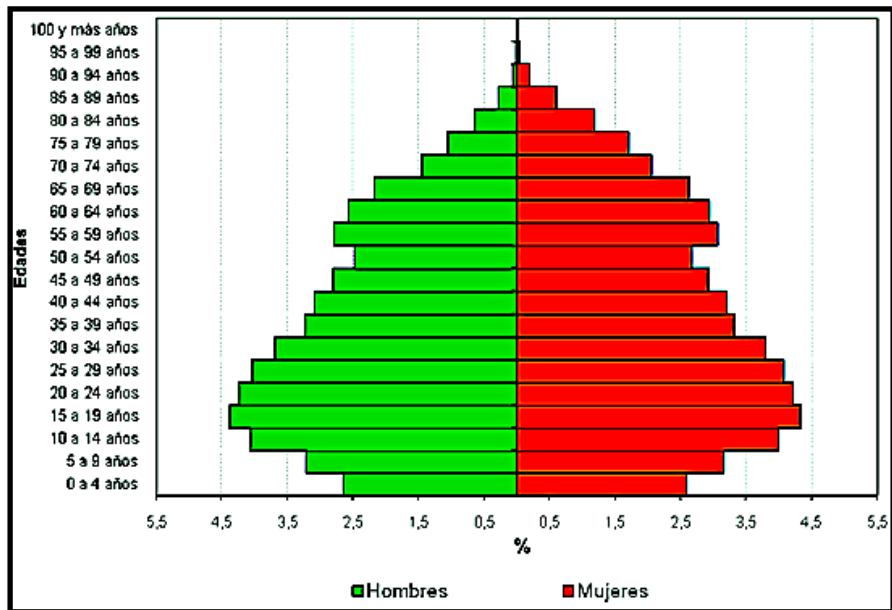
Con sólo contemplar las pirámides de edad que se recogen en el Gráfico I.13, I.14 y I.15 se “ven” los efectos que la caída de la fecundidad ha dejado en España sobre la estructura por edades.

Gráfico I.13. Estructura de la pirámide por edades (1981)



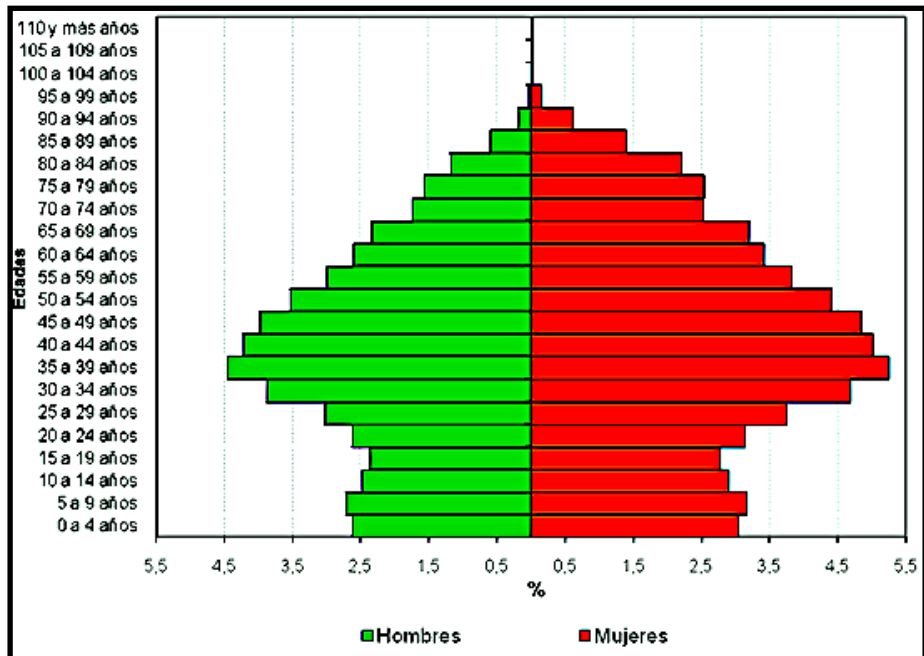
Fuente: INE

Gráfico I.14. Estructura de la pirámide por edades (1991)



Fuente: INE

Gráfica I.15. Estructura de la pirámide por edades (2013)



Fuente: INE

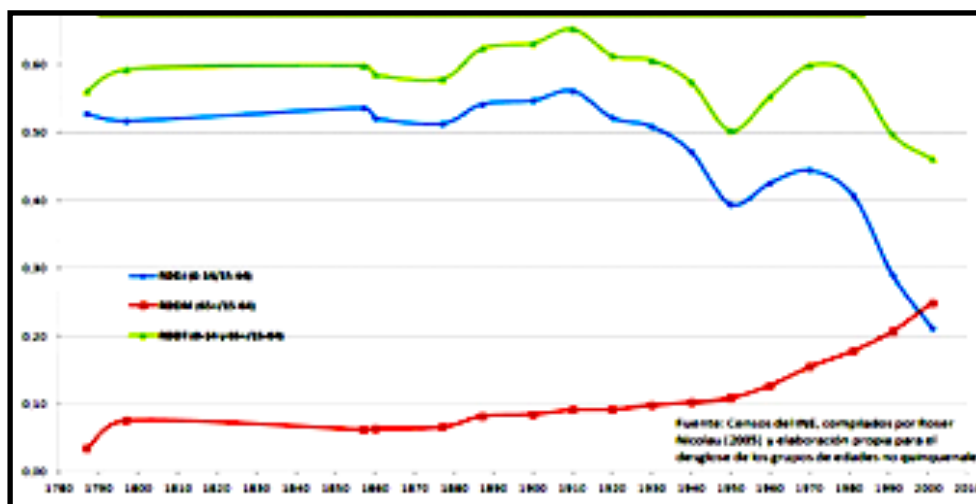
En efecto, la edad media, que en 1976 era de 31,97 años en los varones y 34,56 años en las mujeres, ha pasado en 2013 a 40,21 y 42,78 respectivamente, es decir, 5,65 años más en los varones y 8,22 años en las mujeres. El envejecimiento propiamente dicho, es decir, la proporción de personas de 65 años y más sobre el total de la población pasó de 10,71 % en 1976 a 17,66% en 2013, casi 7 puntos porcentuales de crecimiento.

Estos datos suelen llevar a conclusiones a menudo tan alarmantes como precipitadas, por eso conviene contemplar con algún detenimiento estos asuntos antes de llegar a conclusiones catastróficas. Más adelante se volverá sobre el asunto al plantear algunos interrogantes respecto al futuro, pero conviene adelantar aquí la necesidad de tratar con cuidado lo que ha pasado en España desde el pasado lejano hasta hoy con algunos indicadores referidos a la estructura por edades.

El Gráfico I.16 recoge la evolución de tres indicadores desde 1785 hasta los primeros años del siglo XXI. Esos tres indicadores son los siguientes: 1) Índice de dependencia, color verde, (población menor de 16 años + población de 65 años y más dividido por población de 16 a 64 años), es decir, “potencialmente” inactivos sobre “potencialmente” activos; 2) Índice juvenil, color azul, (población de 0-15 años dividido por población de 65 años y más), es decir, cuántos jóvenes hay por cada “jubilable”; 3) Índice corregido de envejecimiento, color rojo, (población de 65 años y más sobre población “potencialmente” activa (15-64 años)).

Este Gráfico I.16 muestra que el índice de dependencia nunca ha estado tan bajo como ahora y que la dependencia de los mayores (65 años y más) ha crecido muy rápidamente (250% desde 1940).

Gráfico I.16. Ratios de dependencia demográfica. España censos (1787-2001)



Fuente: Censos del INE, compilados por Nicolau, R. (2005) y Duque, I. (2012)

En cualquier caso, conviene recordar lo que todos los estudiosos reconocen: las ratios o índices de dependencia demográfica son una simplificación de otros índices más precisos y pertinentes, en relación con las cuales se han hecho diferentes ensayos.

El más obvio de ellos es la elaboración de índices de dependencia no en función a la potencial ocupación de la población, sino en función de su ocupación efectiva, esto es, la proporción de personas que están trabajando en la producción mercantil de bienes y servicios y las que no lo están, pues los sostenedores de los dependientes no son los potenciales activos sino los efectivamente ocupados.

Incluso un acercamiento más fino debería tener en cuenta el tiempo efectivo trabajado por los ocupados (y no solo el número de ellos) o la producción efectiva.

Concretamente, en España se puede comprobar que el mayor cambio registrado por la relación entre la población total y los ocupados es el que se registra entre 1981 y 2008, en que el número de habitantes por cada ocupado desciende drásticamente.

El crecimiento poblacional del periodo sigue siendo muy relevante, pero los ocupados crecen en más de un tercio, sobre todo debido al incremento de la ocupación femenina que lo hace cerca del 60%.

El sociólogo Duque (2012:65 y 67) ha dejado escrito a este respecto lo siguiente:

“ Sin duda los procesos de cambio demográfico en curso van a plantear unos desafíos gigantescos, debido a readaptaciones en la intensidad, el momento y las prácticas sociales vinculadas a la reproducción y al cuidado, en unas sociedades que verán transformarse los antiguos equilibrios entre grupos de edades. Es lo que se denomina envejecimiento (agregado), pero es mucho más. Los desafíos futuros serán sin duda diferentes, pero no menores, que los que nuestras mismas sociedades han recorrido en las últimas décadas. [...] el objetivo de garantizar unos niveles adecuados de consumo con menos productores es un objetivo razonablemente abordable, es más, ha sido en parte ya recorrido por las sociedades donde la transición demográfica está más avanzada. Es igualmente importante señalar que estas condiciones implican comportamientos e instituciones que no surgen por generación espontánea, especialmente en relación con la inversión en capital humano, ahorro, transferencias y trabajos de cuidado”.

Anexo B. El sistema de seguros sociales. Desde su origen hasta la actualidad

«Somos nuestra memoria, somos ese quimérico museo de formas inconstantes, ese montón de espejos rotos».

Jorge Luis Borges, (1969).

Desde luego, somos la consecuencia de nuestro pasado, por eso en este anexo vamos a tomarnos la licencia de hacer un repaso del origen del sistema de los seguros sociales y, en concreto, del sistema sanitario en nuestro país. Solo de esta manera se podrán entender las peculiaridades que presenta nuestro sistema en relación a otros países europeos.

Realizaremos un ejercicio retrospectivo de cómo ha ido evolucionando la presencia del Estado en el mundo de la Salud, como consecuencia de diversos factores.

B.1. El creciente intervencionismo del Estado en la Salud Pública y en la asistencia sanitaria. Desde los orígenes a la actualidad

*“¿De qué me sirve gritar
aunque esté pidiendo auxilio,
de qué me vale clamar
si solo lo que consigo es un silencio que aterra
lo que recogen mis gritos,
de qué me sirve llorar
si nadie atiende al amigo, si pedir ayuda es
creer en un espejismo,
si es húmeda sinrazón
que se pierde en el vacío?(...)”*

Miguel Angel Marrodán

El inicio de una nueva etapa, de un movimiento o de una corriente de pensamiento es difícil de situar en un momento exacto del tiempo, la mayoría de los cambios en la historia de la humanidad se fraguan de manera gradual en un periodo más o menos dilatado.

En Europa, desde la Edad Media, se han ido sucediendo tres modelos diferentes de cobertura social. (Comín 2007). La primera experiencia que podría calificarse de cobertura social iba dirigida a minorar los efectos de la pobreza, se caracterizaba por la beneficencia del Antiguo Régimen. Solo accedían a las prestaciones las personas pertenecientes al rango de pobreza absoluta tras pasar tests de pobreza. Las instituciones podían ser privadas, religiosas o pertenecientes a la Administración Local.

El Estado liberal mantuvo esta concepción del sistema. Se siguió predicando la caridad privada y de inspiración religiosa, pero la caridad pública se consideró como un vicio de las instituciones que perjudicaba al mercado laboral, puesto que el mantenimiento de los pobres restringía la oferta de trabajo y era dañino para los presupuestos públicos, pues

suponía una mayor necesidad de recursos y de impuestos y era nocivo para la sociedad, puesto que se incentivaba a los pobres a aumentar su prole.

En la última década del siglo XIX es cuando surge el Estado benefactor o Estado providencia y tiene como semilla los seguros sociales profesionales establecidos por Bismarck.

Inicialmente eran seguros profesionales, financiados con las cuotas de los trabajadores, a veces con contribuciones de los patronos. Fueron gestionados por compañías privadas, se asentaban en un criterio técnico actuarial en el cobro de primas y el cálculo de la prestación a que daba derecho.

Desaparecen los tests de pobreza y el único requisito de acceso al disfrute de la prestación consistía en haber hecho frente a la prima de seguro y sufrir una contingencia para la que estaba asegurado. Las contingencias que más comúnmente eran objeto de seguro se circunscribían al ámbito laboral, derivados de vejez, maternidad, desempleo e incapacidad.

En principio, solo daban derecho a prestación a los asegurados sin contemplarse la figura de los beneficiarios.

La gestación de este nuevo concepto de Seguros Sociales, dio lugar a un nuevo concepto de la acción estatal y de los presupuestos públicos. En efecto, el Estado ya no sólo va a ser proveedor de bienes públicos, empezará a serlo de bienes preferentes como sanidad o educación. Surgen todos estos programas de gastos sociales como instrumentos para mejorar el rendimiento laboral de los trabajadores y como génesis del concepto de bienestar social, y con ellos un crecimiento significativo de los presupuestos públicos.

Este concepto de gasto social fue extendiéndose y generalizándose en los países europeos hasta principios del siglo XX.

Finalmente, el sistema de seguridad universal, característico del Estado de Bienestar, se consolida con el establecimiento del moderno sistema británico, a partir del informe de William Beveridge (1942).

Se inicia un periodo con una organización de la Seguridad Social universal, es decir, por primera vez abarcando a toda la población, general, incluyendo a todos los seguros sociales que cubrían distintas contingencias y redistributiva, se financiaba con impuestos de carácter progresivo.

Esta última circunstancia tuvo una importante huella conceptual. El carácter redistributivo del nuevo sistema, tanto de los beneficiarios -se podía obtener una prestación sin haber cotizado al sistema-, como por la propia financiación del mismo, representaba un concepto político, social y económico muy diferente.

Aunque desaparece el cálculo actuarial en muchas prestaciones, se mantiene cierta relación entre cantidades pagadas y prestaciones recibidas, por ejemplo en el cobro de pensiones, en la incapacidad transitoria o el cobro por desempleo.

Lo que desde luego es innegable, es que la I Guerra Mundial marcó un punto de inflexión en el que los diferentes Seguros Sociales, desarrollados de manera diferente, dieron lugar a diversos Estados de Bienestar en los países industrializados.

Algunos autores realizan una clasificación diferente de los modelos de Seguridad Social que surgen en Europa. Reconocen cuatro sistemas de seguro de enfermedad en la Europa que discurre desde finales del siglo XIX hasta la I Guerra Mundial:

En primer lugar, el modelo francés y belga, con fondos voluntarios, sin supervisión pública.

En segundo lugar, el modelo asentado en los países escandinavos, con programas igualmente voluntarios, pero con un subsidio de un tercio de sus presupuestos.

La tercera versión corresponde al seguro alemán, un modelo de aseguramiento obligatorio de enfermedad que desde 1883 cubrió a más de la mitad de la población trabajadora del país. Es precisamente, como indica Repullo (2013), la constitución de los seguros sociales como seguros obligatorios para los trabajadores alemanes, en el periodo finisecular, lo que dio lugar a un camino de expansión y generalización de los seguros sociales.

La última variante es encarnada por Gran Bretaña, que camina hacia un modelo de aseguramiento obligatorio con la *National Insurance Act* de 1911.

Sin embargo, tras la II Guerra Mundial, la mayor parte de ellos evolucionaron hacia programas estatales.

Este es, a grandes rasgos, el panorama que se dibujaba en Europa desde el periodo finisecular del siglo XIX hasta la mitad del siglo pasado. Sin embargo, España sufrió un gran retraso en la aplicación de estos programas de seguros sociales y en concreto de salud.

A la hora de revisar el origen del Estado de Bienestar en España es operativo distinguir diversas etapas. La literatura sociológica suele distinguir tres periodos:

Un periodo inicial, que comienza a finales del siglo XIX y se extiende hasta el estallido de la Guerra Civil.

Un segundo periodo, que se inicia en 1936 y concluye en 1967, con la puesta en marcha de la Ley de Bases de la Seguridad Social. Algunos autores han definido esta etapa como un periodo de consolidación.

Finalmente un tercer periodo, que abarca desde 1967 hasta el momento actual, y que se identifica con la gran transformación desde un modelo profesionalista hasta otro de características propias de un Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, para algunos autores, como (Perdices 2003), existen dos periodos diferentes, y el paso de una etapa a la siguiente viene marcada por el contenido del debate.

El primer periodo arranca en el siglo XIX con el debate de la “*cuestión social*”, controversia que va tomando envergadura creciente a medida que transcurren los años, aunque no prende con fortaleza reconocible hasta los coletazos del siglo y los inicios del siglo XX. El final de esta etapa se sitúa cronológicamente en la aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1963. Es en este momento cuando se sustituye la cuestión social por el debate del “*Estado de Bienestar*”⁶⁸, dando lugar al segundo periodo, que se inicia en 1963⁶⁹ y llega hasta la actualidad.

Comín (2007) relaciona cinco periodos diferentes:

Desde 1900 a 1919, periodo que se limita a esbozar un sistema de previsión obrera,

⁶⁸ Durante el siglo XVIII y principios del XIX, el centro del debate político fue “la cuestión agraria”, que posteriormente fue incluido en el más amplio debate de “la cuestión social”.

⁶⁹ La Ley de Bases se aprueba el 23 de abril de 1963 pero no entra en vigor hasta el 1 de enero de 1967.

caracterizado por seguros de carácter voluntario y provisión privada.

Un segundo periodo, que comprende entre 1919 y 1936, en el que se amplía el número de seguros, ninguno llega a ser obligatorio y surgen nuevas instituciones: las sociedades de socorro mutuo.

En el tercero, de 1936 hasta 1963, se sigue multiplicando el número de seguros sociales, enmarcados en un modelo de seguros profesionales.

El cuarto periodo se inicia en 1967, con la aplicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social aprobada en 1963, y alcanza el final de la dictadura (1975). Es un periodo de implantación muy lenta de un sistema de Seguridad Social.

Por último, el quinto periodo se inicia con los Pactos de la Moncloa (1977), hasta la renovación de los Pactos de Toledo (2006). En este periodo se produce el surgimiento y conformación de la Seguridad Social en democracia.

En este trabajo vamos a proponer una variante a la primera de las propuestas, basada en la conveniencia, en lo que se refiere al estudio de la economía de la salud, de realizar una clasificación del periodo que abarca desde la Guerra Civil hasta la actualidad en tres etapas, relacionando dichos periodos con la extensión de la cobertura sanitaria pública.

De esta manera la nueva clasificación propuesta sería:

- 1.-Etapa inicial, desde el siglo XIX hasta la Guerra Civil.
- 2.-Desde el inicio de la dictadura franquista hasta 1967, fecha en la que comienza la vigencia de la Ley de Bases de la Seguridad Social.
- 3.-Desde 1967 hasta 1978, con la aprobación de la Constitución. La CE establece un diseño democrático en lo jurídico, político y social, que transforma sustancialmente los objetivos y las relaciones de los poderes públicos con los agentes sociales y grupos de interés.
- 4.-Desde 1978 hasta la actualidad, con la orientación universalista de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) como característica fundamental y la reforma de la previsión social y la asistencia sanitaria.

B.1.1. Etapa inicial

Las personas generalmente sufren aversión al riesgo y se produce mayor aversión cuánto mayores son las consecuencias de sufrir una contingencia. Por esa razón, la cobertura de riesgos ante eventualidades que depara la vida ha sido una preocupación constante por amplios sectores de la sociedad. La beneficencia, de amplia implantación cultural en una sociedad de confesión católica como la española, se mostraba insuficiente para proporcionar la protección que requería una gran parte de la sociedad.

Surge así el concepto de previsión social, que no es sino una fórmula para satisfacer las necesidades que se podrían producir por determinados riesgos en algunos sectores trabajadores que, al no ser menesterosos, no estaban cubiertos por la asistencia de los Ayuntamientos. Se realiza a través de dos tipos de entidades: Las de ahorro popular y las mutualistas. Las primeras nacen en 1702 con los Montes de Piedad, las Cajas de Ahorro en

1834 y ambas se fusionan en 1839. (Murillo, Beltrán et al. 1983).

Las mutualidades nacen mucho antes. En los siglos XVI-XVII son Hermandades religiosas, se basaban en un tosco sistema de cuotas que daban derecho a prestaciones; en el siglo XVIII nacen los Montepíos y en el siglo XIX, las sociedades de socorros mutuos.

Pero el concepto moderno de previsión social nace con el debate sobre la cuestión social y su consecuencia: la reforma social. Estas dos circularon paralelamente al establecimiento de las bases de lo que fueron los primeros atisbos de Estado de Bienestar.

A partir de Peter Flora y Jens Alber, Guillén (1990) explica las reformas sociales adoptadas por doce países europeos a partir de tres hipótesis:

La primera, el desarrollo económico y las nuevas relaciones socioeconómicas que se generan entre las distintas capas sociales.

En segundo lugar, la presión producida por el movimiento obrero y las organizaciones de trabajadores a través de la movilización electoral en los procesos electorales.

La última de las variables es el desarrollo constitucional, considerando en este sentido el régimen político y el grado de universalización del sufragio.

Guillén defiende que la reforma social se produjo en España por las nuevas ideas que fueron acogidas por la élite dirigente y no por los otros factores considerados. Es decir, incorpora el factor ideológico como el de mayor potencia explicativa de los procesos de reforma social.

Otros autores atribuyen el proceso de institucionalización de la reforma social en España a “(...)una combinación del proceso de modernización, de las presiones políticas por la mejora de las condiciones de existencia de las clases trabajadoras y de emergencia de nuevas ideologías, mentalidades proclives a la intervención estatal-más o menos extensa-en el campo del aseguramiento social público”. (Monereo 2007:45).

Lo cierto es que en el debate sobre la cuestión social participaron krausistas, socialcatólicos y el movimiento obrero.

Participaban de diversas ideas que nutrían sus posiciones más o menos cercanas en el debate político. Pero el pensamiento hegemónico hasta la Restauración, sin lugar a dudas lo ocupa la Escuela Economista. Representantes de ella fueron Segismundo Moret o, posteriormente, Melchor Salvá. En principio, todos ellos eran contrarios a la intervención pública tanto en materia laboral, como en materia de prestaciones sociales.⁷⁰

Pero esta posición contraria al intervencionismo fue modificándose durante el transcurso del siglo XIX. De hecho, en el último tercio de siglo, los miembros de la Escuela Economista fueron acercándose al debate del problema de la cuestión social, de manera que incluso el propio Salvá llega a reconocer la necesidad de la existencia de un Estado

⁷⁰ Salvá en su tesis doctoral “la beneficencia pública”, de 1858, defiende que “Establecer o declarar por medio de ley un derecho absoluto a la asistencia es lo mismo que imponer una carga desconocida, pero grande a la población trabajadora y honrada a favor de una muchedumbre, cuyos hábitos de trabajo, previsión y de privaciones desaparecen, porque confía en los socorros ajenos y en el poder extraordinario y vigoroso del Gobierno”

fuerte con capacidad de actuar ante los conflictos⁷¹.

Esta modificación de posición se corresponde con un clima generalizado a partir de 1880 en el que se justifica el intervencionismo estatal, como consecuencia de los nuevos aires ideológicos que se extienden durante la Restauración borbónica.

Pero el papel principal del reformismo en la Restauración bebe de tres fuentes fundamentalmente. Las tres corrientes de pensamiento más influyentes y protagonistas durante la Restauración fueron:

Krausistas, entre los que destacaron el grupo de Oviedo con Adolfo González Posada, Leopoldo Alas Clarín, Adolfo Álvarez Buylla y Rafael Altamira y el grupo de Madrid liderado por Francisco Giner de los Ríos, Gumersindo Azcárate y José Manuel Piernas Hurtado.

La segunda corriente de pensamiento estaba representada por el *Catolicismo social*, entre los que destacaron Severino Eduardo Sanz Escartín, Antonio Cánovas del Castillo, Eduardo Dato y Antonio Maura.

El tercer grupo de pensadores está formado por los regeneracionistas, un colectivo de amplio espectro ideológico con un mismo hilo conductor: el sentimiento de pesimismo que inundaba a las élites intelectuales y políticas españolas en el momento finisecular.

Tanto krausistas como católicos conservadores defendían la vía reformista para resolver el problema y ello representaba su diferencia fundamental con las distintas corrientes socialistas.

Sus diferencias se sintetizan perfectamente cuando la Agrupación socialista de Madrid, de la pluma del médico Jaime Vera, y en respuesta a la invitación para informar sobre la situación de la clase obrera a la Comisión de Reformas Sociales en 1884, defendió la alternativa socialista al modelo capitalista, desde una óptica marxista, invalidando el modelo capitalista como tal.

A pesar de la coincidencia en la necesidad del papel reformista del Estado entre krausistas y católicos, las diferencias ideológicas eran notables. Por su parte, el entronque de la filosofía krausista en España es peculiar. No tuvo paralelismo con ningún movimiento de importancia europeo, de hecho Krause no fue un filósofo muy relevante. Sin embargo, supuso una conexión de los intelectuales españoles con el exterior. Su modelo se sustenta en un “racionalismo armónico” que busca la realización completa del hombre, y ni la Iglesia, ni el Estado, ni la economía deben dominar sobre el resto de las esferas de la vida humana. Rechazaron tanto el poder despótico del gobierno, como las revoluciones violentas.

En materia económica, los krausistas criticaron el pensamiento de la Escuela Economista. Por ejemplo, Piernas Hurtado cuestiona, por injusta, la distribución de renta resultante de la asignación de recursos del mercado competitivo, pero acude con mirada optimista a la definición del futuro: fija la esperanza en que el progreso, que por una parte es la causa de los conflictos, de las desigualdades y de la pobreza, también se erija como solución a estos

⁷¹ Jose M^a de Olozaga y Bustamante y Fermín Castaño Gonzalez en el prólogo a “Curso de economía política explicado”, con las anotaciones de Salvá , afirma: “...que más razón que la escuela de Bastiat tienen los Katheder socialisten, pues no se comprende un Estado sin defensa y sin vigor, ni grandeza, careciendo de las cuales seguramente seríamos conducidos a los conflictos que ellos nos indican y describen con vivos colores”.

problemas.

Abogan por una economía de libre mercado, insistiendo en que la organización del marco jurídico dentro del que discurre la actividad económica es algo que le compete al Estado.

En todo caso, tuvieron importancia en el debate de la reforma social y su traducción en políticas sociales, quizá por su vinculación al partido liberal, quizá por su aportación a la constitución y funcionamiento de la Institución Libre de Enseñanza, donde convivieron con católicos sociales e incluso con socialistas como Fernando de los Ríos y donde pudieron compartir al menos el intercambio de ideas.

En lo que se refiere al catolicismo social conservador, el origen de sus posiciones reformistas en lo que se refiere a la cuestión social son diferentes.

La cuestión social se había abordado históricamente en España con la actitud paternalista y de beneficencia de la Iglesia, esto supuso un obstáculo en el desarrollo de la reforma social desde las instituciones, en comparación a otros países europeos.

Pero esta situación experimenta un importante cambio a partir de la encíclica *Rerum Novarum* de León XIII en 1891.

La encíclica llama al Estado y a la Iglesia a armonizar los intereses de los sectores de la sociedad y mejorar las condiciones laborales, además de impulsar el asociacionismo obrero y de la patronal.

No se trataba de abandonar la reforma moral del individuo. De hecho, el individuo es más que el Estado, pero se hace residir parte de la responsabilidad de la situación de las personas con necesidad en las instituciones.

La encíclica tuvo mucho impacto entre los líderes conservadores, de esta manera, Cánovas del Castillo -un hombre fundido en las ideas clásicas de la economía, y que sus pilares eran la defensa del mercado como mejor asignador de recursos, la confianza en la existencia de leyes naturales, propia de los economistas clásicos y la defensa del interés propio como clave en el funcionamiento de la economía- en un claro seguidismo smithiano, añadió a estos postulados clásicos, la defensa del Estado como coordinador de los intereses sociales.

Esta es la aportación de la encíclica al corolario ideológico de Cánovas, que tuvo reflejo en algunas políticas sociales que promovió desde el gobierno.

Pero la cuestión social alcanzó a un amplio espectro de las élites no sólo políticas, también llegó a la universidad. La relevancia académica comienza a adquirirla con la creación de la cátedra de política social en la Universidad Central de Madrid en 1917, cuyo primer ocupante fue Luis Olariaga, que llega a ella con el firme propósito de avanzar en la investigación de la política social y "*reducir la vaguedad que domina en esta zona del conocimiento*"(cfr Perdices 2003:234). En todo caso, el salto cualitativo que supone crear una cátedra en Madrid es muy revelador.

En este caldo de cultivo aparecen los *Regeneracionistas*, que representan la tercera corriente de pensamiento influyente en la Restauración, y emergen encabezados por Joaquín Costa, pero con personajes del tamaño de Sírvela o Maura. Este movimiento tuvo calado por la depresión económica y psicológica de las élites españolas provocada por los desastres bélicos y políticos del final del siglo.

Los Regeneracionistas eran políticos de todas las ideas, escritores, universitarios y curas, por tanto, es cierto que cada uno podía interpretar, en una banda relativamente ancha,

cómo se debía practicar el regeneracionismo.

En todo caso, vino a reforzar el reformismo que unía a personas tan dispares como krausistas y católicos conservadores.

B.1.2. Instituciones de la Reforma Social durante la Restauración

Esto tuvo sus consecuencias, y a partir de 1880 se introducen en España una serie de instituciones, organismos y programas como respuesta, o al menos como reflejo del debate político, intelectual y social de la cuestión social, que pueden ser considerados el origen del Estado de Bienestar.

Si realizamos un rápido recorrido por la arquitectura institucional que se va edificando desde la década de los ochenta del siglo XIX hasta la actualidad, entendemos con mayor claridad las características de nuestro sistema sanitario en la actualidad.

El primero de los hitos mencionables es la creación de la *Comisión de Reformas sociales* a través del RD de 5 de diciembre de 1883, siendo Cánovas su primer presidente, sucedido meses después por Segismundo Moret, que fue firmante del decreto como ministro liberal de la gobernación que era en ese momento, y siendo Azcárate secretario general.

En la composición de la Comisión abundaron los krausistas y católicos conservadores y, por tanto, su ánimo de reforma colmó el espíritu de la institución, aunque también tuvieron presencia algunos miembros de la Escuela Economista, como Raimundo Fernández Villaverde, Melchor Salvá, Joaquín María Sanromá o Mariano Carrera.⁷²

La Comisión dependía del Ministerio de la Gobernación y se le otorgaba una estructura territorial consistente en una Comisión Central y Comisiones Provinciales y Locales, en una ordenación del territorio en la que la provincia era clave.

En su inicio, sus tareas se circunscribían a la descripción informativa de la situación de la clase trabajadora, pero terminó adquiriendo un papel participativo en la elaboración de legislación de tipo social.

Para establecer una radiografía adecuada de la situación de los trabajadores en España, se recogieron informes del Ateneo de Madrid, de la Institución Libre de Enseñanza, de Fomento de las Artes, de la Facultad de Derecho de Madrid y de la Agrupación socialista madrileña.

Algunos apuntan a los escritos, ponencias y proyectos de José Maluquer, miembro de la Comisión, el inicio del Seguro Social en España. Maluquer representaba la *escuela de libertad subsidiada*, una especie de transición entre el seguro libre y el seguro obligatorio. Se trataba de un enfoque liberal-conservador pero de orientación social, técnicamente defendió el sistema de capitación en el cálculo del seguro.

El siguiente hito destacable en el camino de la reforma social se produce en 1900. Se trata de la elaboración de la Ley Dato⁷³ (Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900), en la que se hace residir la responsabilidad ante un accidente de trabajo en los empresarios, considerándolo un gasto de producción. El empresario podía desplazar su responsabilidad mediante la suscripción de un seguro voluntario. Esta ley se inspira en la

⁷² Este último protagonizó una intensa controversia con Piernas Hurtado a cuento de un debate académico sobre los postulados de Bastiat.

⁷³ Ley de Accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900.

ley francesa homóloga de 1899. Se trataba de un intento de promoción del aseguramiento a través de un doble mecanismo, la imputación al empresario de una responsabilidad objetiva y la bonificación del Estado a pensiones de trabajadores que voluntariamente concertasen un seguro de retiro obrero.

En otro orden, una constante durante todo el periodo de configuración de los Seguros Sociales en España ha sido la no concurrencia de los riesgos profesionales y los comunes en materia de protección de la salud.

Sucedan a esta Ley otras legislaciones para regular las condiciones de trabajo de mujeres y niños, al tiempo que iban promoviéndose nuevos organismos ligados a la reforma social.

La creación de nuevas instituciones con contenido social estuvo truncado de aciertos y errores, de éxitos y de fracasos. De esta manera, también hubo intentos fallidos de crear algunos organismos, como un Instituto de trabajo, dependiente del Ministerio de Agricultura, Industria, Comercio y Obras Públicas, que no llegó a ver la luz ante la oposición a las reformas de corte liberal social.

Herederero de la Comisión, fue el Instituto de Reformas Sociales creado a través del RD de 23 de abril de 1903 por el Ministerio de la Gobernación, siendo Eduardo Dato el titular y siendo Presidente del Gobierno Antonio Maura. La tarea de este nuevo organismo era *“preparar la legislación del trabajo en su más amplio sentido, cuidar de su ejecución, organizando para ello los necesarios servicios de inspección y estadística, y favorecer la acción social y gubernativa en beneficio de la mejora o bienestar de las clases obreras”*(cfr. Guillén 2000:44). La importancia del Instituto fue enorme, pues dio carácter institucional a la reforma social en España.⁷⁴

La influencia de los krausistas como Azcárate y González Posada en la creación y en el desarrollo del IRS es notable y engarza con su ideal de transformar la sociedad con reformas legislativas que amplíen las posibilidades de libertad y desarrollo individual.

Se suceden leyes que avanzan en derechos laborales como la legislación del descanso dominical en 1904 y, también los días 19 y 20 de octubre de ese mismo año⁷⁵ se celebra en Madrid la primera conferencia sobre previsión popular, la Conferencia Nacional de Cajas de Ahorros. Es precisamente aquí donde se pone la piedra angular de la Ley de retiros obreros.

La Conferencia fue presidida por Gumersindo de Azcárate y toman, por unanimidad, el acuerdo de constituir una Caja Nacional de Previsión para realizar operaciones de renta vitalicia a favor de las clases trabajadoras y de acuerdo con las condiciones técnicas del seguro. Durante toda la conferencia queda patente la activa presencia de Maluquer y su influencia en la construcción del Instituto Nacional de Previsión (INP).

En la Conferencia concurrieron veinticuatro Cajas de Ahorro además de adherirse otras

⁷⁴ Aparecen unidos al Instituto nombres como Gumersindo Azcárate, Segismundo Moret, Raimundo Fernández Villaverde, José Echegaray, Melquiades Álvarez, José Manuel Piernas Hurtado, José Maluquer, Adolfo González Posada, José Marvá, Adolfo Álvarez Buylla o Juan Uña.

⁷⁵ Convocada por Real Orden del Ministerio de Gobernación de 23 de julio de 1904. En el reglamento incorporado en la Real Orden sobre el desarrollo de la Conferencia se cita entre las cuestiones que debe abordar la Conferencia el “examen de un proyecto de Instituto Nacional de Previsión, administrado por las Cajas de Ahorros que al efecto se concierten, sin menoscabo de su actual autonomía, para la práctica del seguro popular, y, en primer término, de las pensiones vitalicias obreras”

tantas entidades. De sus conclusiones el IRS encargó una ponencia que redactase el proyecto de crear el INP. La ponencia fue encargada a Azcárate, Dato, Gómez Latorre, Maluquer y Salvador, Salillas y Serrano. Finalmente dio lugar cuatro años después al INP.

En 1906 se crea el Servicio de Inspección en el Trabajo y en 1908 ve la luz la Ley de 27 de febrero de 1908 con la que nace el INP, en el que tienen un influyente papel los conservadores católicos y los krausistas. El hecho tiene lugar durante el “gobierno largo” de Antonio Maura después de haber sido presentado al Parlamento por el ministro de la Gobernación, Bernabé Dávila y, posteriormente, retomado el trámite por el entonces ministro de la Gobernación Juan de la Cierva y Peñafiel.

Pero el artífice político del INP fue Dato, quien encarnaba los aspectos más significativos del regeneracionismo. Para él, el Estado debía preservar y reformar y para este doble objetivo defendía el intervencionismo público.

Los estatutos del INP fueron aprobados por el RD de 24 de diciembre de 1908. El Instituto nace con el principal fin de estimular la previsión de la población, teniendo como principal meta los seguros para la cobertura de las pensiones de seguro. No figuró en principio el seguro de enfermedad como un objetivo primordial. De hecho, hasta 1931 no se introduce en sus estatutos una modificación a su artículo 1 que asume la redacción definitiva: *“la aplicación de los demás seguros sociales y servicios de previsión establecidos por el Estado con arreglo a las leyes y disposiciones de su respectiva constitución”*.

Pero esa referencia a los “demás seguros sociales” en la revisión de los estatutos de 1931 es la referencia a un proceso largo y difícil de ampliación de funciones del INP.

El INP nace con dos características que marcan su perfil y en gran medida sus éxitos en la continuidad:

En primer lugar, nace con una posición de neutralidad respecto a la política de partidos.

En segundo lugar, la autonomía de funcionamiento que es una condición y una garantía de neutralidad. Esta posición le permitía abordar la cuestión social desde una atalaya diferente a la de la brega diaria, al tiempo que abría la posibilidad de buscar el entendimiento entre representantes de diversos sectores sociales y diversos intereses.

El INP representaba una visión técnica del seguro, apostando por el cálculo actuarial de cobertura de riesgos, es decir, por la seguridad y solvencia del régimen previsor, y también por las fórmulas de participación institucional y diálogo entre los agentes sociales.

El 8 de mayo de 1920, bajo el gobierno de Dato, se crea el Ministerio de Trabajo, en el que se integran los dos institutos, el IRS que desaparece como un organismo diferenciado, y el INP, que se inserta en el nuevo ministerio, pero mantiene la autonomía organizativa y su propia personalidad jurídica.

La importancia de esta arquitectura institucional es doble:

De una parte la institucionalización de la reforma social que tiene como objetivo paliar la cuestión social.

De otro lado, la incorporación de representaciones de distintos sectores sociales configurando una suerte de organización administrativa de los intereses sociales.

En lo que se refiere al seguro de enfermedad, era cubierto por las sociedades de socorros mutuos, los montepíos, mutuas y cajas de empresas, además de sociedades comerciales.

Pero la cobertura alcanzaba un porcentaje muy pequeño de la población.

Tabla B.1. Cobertura en sociedades de socorro en 1908

Ciudad	Cobertura por socorros mutuos/ 100.000 hab
Barcelona	11782
Gerona	8707
Baleares	4613
Madrid	4509
Tarragona	3974
Alicante	3444
Guipúzcoa	3232
Media España	1889

Fuente: INP

La concentración de las sociedades de socorro mutuo era mayor en el Levante español, ofrecían subsidios en caso de baja por enfermedad, indemnizaciones por decesos y disponían de algunos médicos. Eran conocidas popularmente como sociedades de médico, botica y entierro.

En 1917 tiene lugar la Conferencia sobre Seguros Sociales que se desarrolla nuevamente en Madrid, y de ella se extrae una importante conclusión: la necesidad de un seguro social obligatorio por etapas, tanto en el seguro de maternidad, como los seguros de enfermedad e invalidez, pero no como materia legislativa inmediata. De hecho, el asunto no se convierte en realidad hasta 1943.

En 1919 se agudiza el problema del paro como consecuencia de la crisis económica en la que se sumerge Europa después de la Gran Guerra. El reflejo en España de las legislaciones europeas en materia social era muy pequeño. La respuesta del gobierno fue tomar medidas como el Retiro Obrero Obligatorio (ROO) para asegurar a los asalariados con una edad comprendida entre 16 y 65 años⁷⁶. Además, entre esa fecha y 1923, todas aquellas entidades de ayuda mutua que ofrecieran seguros de desempleo fueron subsidiados por el Estado. Este hecho de concertar con mutualidades ha sido uno de los rasgos distintivos de nuestro sistema, al tiempo que diferenciador con otros sistemas nacionales de salud.

También es en 1919 cuando el Ayuntamiento de Madrid aprueba un reglamento para el pago de salarios a trabajadores de baja por enfermedad y el Senado aprueba una Proposición de Ley sobre seguro de enfermedad en sociedades privadas.

Para algunos autores, como G. Quintero, es a partir de 1919 cuando se puede hablar en España de Seguros Sociales con la aprobación de un Plan de Seguros Sociales en el ámbito del INP, que ya estaba planeado desde 1910. El aseguramiento exigía la apertura de cuentas de ahorro individuales, en las que por cada persona se ingresaban 3 pesetas y el resto se completaba con una bonificación del Estado.

En lo que se refiere a los seguros médicos, hasta que se crea un seguro voluntario en el

⁷⁶ El sistema era la capitalización colectiva y se requería un mínimo de veinte años cotizados para recibir prestación.

ámbito del INP como resultado de algunas de las iniciativas del IRS, lo que era generalizado con anterioridad era la medicina privada con la aportación subsidiaria de la beneficencia.

En estos años, España se sumó a la política social europea y a las instituciones europeas, entre ellas a la recién constituida Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin embargo, no se tradujo en avances en lo que a políticas sociales se refiere.

Pero es en los albores de la década de los años veinte, cuando se introduce el debate en las Cortes acerca de la reforma sanitaria de la mano de Pulido y otros médicos de prestigio. Con posterioridad, se vuelve a plantear la cuestión en diversos encuentros regionales, como el II Congreso de Estudios Vascos, de julio de 1920, o el III Congreso Patronal de 1921 en Vigo.

Esta posición del empresariado en favor del seguro de enfermedad está alimentada por las instancias oficiales del gobierno que intentan allanar el camino para el seguro de enfermedad y el de invalidez.

Los seguros de salud encuentran en este momento obstáculos de diverso origen a su desarrollo. Algunos de ellos provienen de los intereses de diversos colectivos, (médicos, farmacéuticos, compañías de seguros, patronos y trabajadores), en otros casos, de la confusión institucional y los diferentes organismos, un ejemplo clarificador es la competencia que se produce entre el INP que intenta establecer una organización con carácter técnico y cálculos actuarios y el Consejo de Sanidad que intenta organizar una estructura a partir de lo existente en el ámbito de la beneficencia.

En este clima se convoca la *Conferencia de Barcelona de 1922*, que constituye el inicio de una política de previsión relativa a la salud. La Conferencia supone un punto de inflexión en el debate y el desarrollo de los seguros Sociales en España y, por tanto, del Estado de Bienestar. Para el desarrollo de los debates son convocados diversos sectores representativos de la realidad económica, política y social española del momento.

Se presenta inicialmente una ponencia que marca como objetivo la integración de los tres seguros de salud: enfermedad, invalidez y maternidad. La dispersión de los distintos seguros, generaba situaciones de injusticia provocadas por la ausencia de cobertura en algunas personas que estaban en situación de necesidad, mientras se acreditaba el goce de seguro en otras, aunque su situación no fuera tan perentoria. En otras ocasiones, la anomalía procede del hecho de estar aseguradas las mismas personas de la misma cobertura con diversos seguros.

La integración se argumenta por los riesgos similares que se afrontan, por sus repercusiones en la imposibilidad de trabajar y en la necesidad de crear una estructura organizativa sanitaria.

Todos los sectores implicados coinciden en algunos puntos comunes de partida, ello no es obstáculo para que toda la Conferencia esté impregnada por un intenso debate desde su momento inicial.

Si nos detenemos en los puntos comunes podemos distinguir seis cuestiones:

La definición de los conceptos y principios del aseguramiento, desde el propio concepto de enfermedad cuya definición no era sencilla en el ámbito de los seguros sociales, generaba serios obstáculos. En ocasiones la línea divisoria entre sufrir una enfermedad y adquirir una incapacidad permanente que da lugar a una situación de invalidez es tan débil como el

hecho de decidir a partir de qué límite temporal se pasa de una situación a otra.

Por otra parte, tanto la enfermedad como la maternidad dan lugar a una situación de pérdida de salario por no poder realizar el trabajo habitual y necesitar de una asistencia médica similar. Sin embargo, siempre se ha distinguido claramente entre enfermedad y procreación.

El segundo de los lugares de común acuerdo fueron los objetivos⁷⁷, que quedaban claramente definidos en la ponencia que los expresaba como la mejora y fortalecimiento de la raza, la política de natalidad y poblacional, la sanidad pública, fortalecer la producción y evitar la pérdida de salario.

La tercera cuestión común aceptada por todos los participantes en el momento de partida fueron los principios inspiradores que se sumergen en la idea de dignidad humana.

En siguiente lugar, se contempla la obligatoriedad de los seguros, apoyada claramente por la representación obrera, pero aceptado por todos con mayor o menor recelo. La diferencia en este aspecto vendría dada por la determinación de qué grupo social debía ser el cotizante.

En quinto lugar, la unidad. Se argumentaron razones que recogían la naturaleza idéntica del riesgo a asegurar: desde la imposibilidad de trabajar hasta la perspectiva del fracaso si se abordaban de manera independiente. Finalmente, los distintos intereses dieron al traste con la idea de unidad dando lugar al concepto de coordinación, no sólo entre los tres seguros expuestos, sino también con los seguros de vejez, accidente y desempleo.

En realidad se trata de dos posiciones doctrinales diferentes, por un lado la unificación propiamente dicha y de otra parte la coordinación o unificación orgánica. En la primera se distingue el riesgo único y la fusión de los seguros, en efecto las diversas modalidades de Seguro Social: accidentes, enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, paro involuntario y muerte prematura. Todas ellas tienen en común la pérdida de trabajo, luego abstrayendo llegaremos a la conclusión de que la falta de trabajo es el riesgo del seguro social.

Para Carlos G. Posada(1943), los partidarios de la fusión defienden *“la existencia de un seguro social único y, a ser posible; total, que garantice al trabajador lo necesario contra los diferentes riesgos a que está expuesto”* (G. Posada 1943:432). A continuación define las dos características del seguro social total: *“La pluralidad de riesgos deja de constituir diversos derechos independientes; y la unidad del seguro no se busca en la igualdad del riesgo (que no existe), sino en la identidad del derecho que posee todo trabajador a satisfacer la necesidad resultante de cualquier de los riesgos típicos y generales que tiene como trabajador”*.(G. Posada 1943:433). Además defiende la obligatoriedad: *“(…)Por eso, los seguros sociales, o son obligatorios o no son nada, y por eso la obra iniciada en Alemania se fue extendiendo poco a poco a otras naciones(…)* (G. Posada 1943:7).

La coordinación admite la separación técnica del seguro para cada riesgo, a diferencia de la unificación más encuadrada en una misma organización que ha de ser única.

En sexto y último término, la simultaneidad entre los distintos seguros. Aunque se parte de esta idea de simultaneidad, en la práctica se dio un importante impulso al *seguro de*

⁷⁷ Objetivos que eran diferentes según los intereses de las partes. Para el Estado era la economía, para los patronos sus intereses y una política obrera para los trabajadores. Cuesta Bustillo relaciona estos intereses con el orden cronológico de implantación de los seguros: Vejez y maternidad y finalmente enfermedad, a pesar de ser este último el priorizado por los obreros.

enfermedad desde este momento.

En realidad se debatió de manera global sobre los aspectos más relevantes del seguro de enfermedad: beneficios y beneficiarios, cotizantes, apoyo económico y organización administrativa.

Las dificultades para abordar estas cuestiones eran grandes, no disponían de estadísticas fiables ni exhaustivas, la decisión de cuánta población debía tener cobertura fue objeto de controversia, desde una población trabajadora de cinco millones y medio de personas, hasta tres cuartas partes de la población española si se atendía también el aseguramiento de los familiares.

Las clases medias presionaron para quedar incluidas⁷⁸, esto será una constante hasta la actualidad.

La concepción de un seguro social general a todos los ciudadanos pudo estar en la cabeza de algunos miembros relevantes de la sociedad del momento, pero las limitaciones económicas y la influencia de algunos colectivos hizo que tal aspiración quedara reducida precisamente a eso. Finalmente la posición del INP fue decisiva y solo se accedió a asegurar a los asalariados.

Los beneficios del seguro eran generosos y de carácter múltiple, asistencia médica general y especializada, uso de hospitales⁷⁹, sanatorios, clínicas y otras infraestructuras, prestaciones de tipo económico para compensar la pérdida salarial ocasionada por la enfermedad y subsidio de defunción.

Las diferencias fueron también importantes en diversos aspectos:

Sobre la naturaleza de los cotizantes, los obreros se niegan a aceptar la carga. Manuel Vigil Montoto, representante de los trabajadores, argumentó que *“No es que el trabajador sea egoísta y que no quiera pagar, pretendiendo que sean los demás los que paguen: es que el trabajador hoy está ganando lo mínimo para mal vivir (...)”*. (Vigil Montoto 1922:266) Por su parte, los patronos también son reacios a contribuir. Finalmente, en el seguro de enfermedad se plantea la obligación de cuatro cotizantes (obrerros, patronos, Estado y Administración Local). Pero el desastre de la gestión de la beneficencia por parte de los ayuntamientos hace oponerse a los médicos y a diversos sectores con ellos.

La propuesta de Barcelona son unos seguros obligatorios, integrados y urgentes. Se perfilan como unos seguros sociales para unas capas sociales intermedias, quedan excluidas las rentas más altas y las capas pobres de solemnidad.

La Conferencia marcó uno de los hitos más importantes en materia de Seguros Sociales, plagada de dificultades, de diferentes posiciones que atendían a los distintos intereses, acabó atrayendo un amplio consenso en todos los sectores implicados. El debate fue un éxito en sí mismo.

Señala Cuesta Bustillo (1988) que las compañías de seguro renuncian al negocio en el ámbito del seguro, aunque consolidan su posición y su espacio en otros terrenos, las

⁷⁸ Salas Antón en la Conferencia llegó a decir: *“Hay una clase social, que es la nuestra, la más abandonada, que va quedando por debajo de la clase obrera, y nosotros no debemos, no tenemos derecho a que se olvide que, ya que se trata de hacer una obra social de esta índole, lo primero que tenemos que pensar es hacerla completa”*.

⁷⁹ Algunos llegan a plantear la hospitalización como un cuarto seguro.

mutualidades adquieren fuerza, los médicos amplían su espacio e incluso llegan a ser el único colectivo que impone su posición acerca de la Beneficencia al oficialismo del INP. Los trabajadores ganan nuevos derechos y el gobierno, en boca de los ministros Calderón en 1922 y Chapaprieta después, parece presto a llevar a cabo las reformas planteadas.

Finalmente la crisis política de 1923 congela toda pretensión de cambio y los poderes económicos que no se pronunciaron activamente en las conclusiones de la Conferencia, la élite en el poder y la oligarquía económica, en definitiva, cayeron como una losa diluyendo en el tiempo las ambiciosas pretensiones de Barcelona.

El 21 de agosto de 1923 se aprueba un seguro de maternidad, en concordancia con el Convenio sobre Maternidad de Washington, firmado en 1919. En este seguro se establece un subsidio y un descanso obligatorio en favor de las trabajadoras. En España, a diferencia de otros países, el seguro de maternidad se vincula al retiro obrero. El seguro de enfermedad se pospone hasta que es retomado en la II República. Aunque, como hemos señalado, en la Conferencia de Barcelona se plantean unos seguros simultáneos, el retraso del seguro de enfermedad se debe a su complejidad, a los intereses de grupos, la amplitud de beneficiarios y de presupuestos y, desde luego, a la necesidad de infraestructura para prestar los servicios de asistencia sanitaria.

B.1.3. Dictadura de Primo de Rivera

Pero después de los avances en reformas sociales del periodo hasta 1923, realizados por cierto con gobiernos conservadores en su mayoría, se sufre un estancamiento en la Dictadura de Primo de Rivera.

La Dictadura fue un régimen autoritario pero alejado de los regímenes de corte fascista que aspiraban a un control totalitario de la sociedad, y Primo de Rivera ansiaba controlar los procesos de cambio, no a la construcción de una nueva sociedad. Llega al poder por el método tradicional, el golpe de estado, no a través de un proceso de masas. Lo que supuso una respuesta a la politización no controlada.

Aunque intentó la modernización y la pacificación social por medios no democráticos, el grado y alcance de la efectividad de la modernización de las estructuras políticas estableció un sistema de partidos de pluralismo limitado. Su aparición se relaciona con la crisis del sistema político de la Restauración.

Se inicia en un periodo de marcada crisis económica, quiebras bancarias, depresión económica, incremento de los monopolios que ejercían un fuerte control de la oferta y el problema de la industrialización en España. Quizá esta coyuntura determinó que la prioridad del régimen fuera la lucha contra la crisis, industrialización y proteccionismo en industria y agricultura.

Su concepción de política económica se plasma en *el régimen corporativo general* implantado el 26 de noviembre de 1926 y representa el modelo de la Dictadura inspirado en el pensamiento social católico, y que entiende la economía como una actividad política del Estado.

La Dictadura intentó, con ninguna fortuna, una vía diferente al liberalismo y al socialismo, lo que se denominó *corporativismo-autoritario*, que no era otra cosa que el rechazo a la democracia parlamentaria y al régimen colectivista.

El Real Decreto de 2 de junio de 1924, relativo a la fundición e inserción del IRS en el Ministerio de Trabajo, significa una integración de estructuras del antiguo IRS en meras delegaciones del Consejo de Trabajo plenamente dependiente del ministerio. Los ataques al IRS desde la clase dominante venían produciéndose desde los tiempos de la monarquía, pero es en la Dictadura primorriverista donde se imponen los esfuerzos de dicha élite.

En este periodo, el abandono en materia de reforma social, se debe sencillamente a la falta de intención política, sufrió una paralización el camino emprendido de políticas sociales.

En lo social, la visión del Estado estaba encaminada, supuestamente, a garantizar la armonía de intereses entre los distintos agentes económicos y el método usado era, paradójicamente, eliminar diálogo y concertación social.

Incluso el INP pasó por momentos de cuestionamiento al inicio de la Dictadura, y, aunque finalmente logró sobrevivir, su actividad quedó muy reducida. Algunos autores atribuyen la supervivencia del INP durante la Dictadura a Maluquer que hizo esfuerzos en convencer a las clases dirigentes de lo positivo que resultaba al Estado la pacificación social y la integración de distintos sectores sociales. Maluquer hace una enorme contribución a la historia de los Seguros Sociales, el cálculo actuarial, la “matemática de la solidaridad”, como se ha llegado a conocer. Otros ensalzan el esfuerzo de negociación de Marvá. (Cuesta Bustillo 1988: 96-97).

El dictador se reúne con una comisión del INP, con sus cajas colaboradoras y una representación de patronos y obreros que le solicitan la continuidad del instituto y le exponen un programa social consistente en la creación de escuelas que Primo de Rivera acepta.

Hasta este momento, el INP había construido un programa de Seguros Sociales en el marco de una política diseñada por el IRS, su gran debilidad fue su exposición a las coyunturas de los distintos gobiernos de la Restauración y el de la Dictadura de Primo de Rivera.

La Dictadura en este pretendido regeneracionismo reivindicó, de manera oportunista el pensamiento de Joaquín Costa.

A finales de 1924 el Instituto lleva un año casi en suspensión, se retiraron los fondos para el subsidio de maternidad.

En este periodo sólo es destacable la reforma del seguro de maternidad, incluyendo una parte de asistencia sanitaria y las medidas de incremento a la protección familias numerosas de trabajadores, así como el desarrollo del retiro obrero ya creado en 1919, pero se estancan los avances en todos los demás seguros.

En 1924 entran en declive las compañías de socorro mutuo, Pons lo atribuye a tres causas: La introducción de nuevas legislaciones. En segundo lugar, la creación de cajas de previsión propias por parte de las empresas privadas más grandes y, en tercer lugar, al aumento de los costes médicos y farmacéuticos.

Las dificultades del primer año de la Dictadura se traducen en el resto del periodo en una situación de aparente normalidad en la relación con el directorio, pero de estrangulamiento del Instituto en la práctica vaciando de actividad y de fondos el mismo.

Las únicas funciones que le quedan al Instituto durante el primer quinquenio, son la afiliación de trabajadores al retiro obrero y a la propaganda.

Se vuelca el Instituto en ese trabajo hacia el exterior intentando lograr el apoyo masivo de los obreros. Objetivo frustrado aunque a cambio se produce un incremento importante de los afiliados.

En esta tarea de difusión del seguro entre los trabajadores contó el INP con el apoyo decidido del PSOE, que defendió desde el principio su continuidad y se volcó en campañas de apoyo como la que protagonizaron Vigil y Cabello en Galicia en 1925.

Las relaciones entre el INP y los socialistas se estrecharon y el propio Maluquer llegó a dar una conferencia en la Casa del Pueblo de Madrid en febrero de 1924.

También durante este periodo el Instituto mantuvo presencia con distintos organismos internacionales como la *Asociación internacional para la lucha contra el paro*, la *Asociación internacional de Política Social* o la *OIT*, pero su mayor esfuerzo estuvo en difundirse en algunos sectores como el de los pequeños propietarios agrícolas al tiempo que soporta las duras críticas del sector pesquero.

El apogeo de la Dictadura se produce en 1927, pero tan sólo un año después la crisis económica y el paro hacen que todos los sectores más influyentes apunten al gobierno de la Dictadura como responsable. Intenta reaccionar al final del periodo con el encargo al INP de un proyecto para seguro de paro o el seguro de maternidad, pero la crisis ya ha dañado suficientemente a la Dictadura.

B.1.4. Periodo republicano

El periodo republicano se caracterizó por un importante desarrollo normativo en materia de ampliación de la protección social, aunque no en todos los casos hubo un gran soporte presupuestario.

El art. 46 de la Constitución de 1931 establecía que *“la república asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte...”*.

Este fue el soporte para algunas reformas legislativas, como la implantación del seguro de maternidad, la de los seguros de accidentes en 1932, la creación de la Inspección de Seguros Sociales en 1935 o la cobertura explícita⁸⁰ de la protección de enfermedades profesionales el 13 de julio de 1936.

En 1931 se creó la Caja Nacional contra el Paro Forzoso, la medida consistió en una subvención del Estado a las empresas que suscribiesen seguros de desempleo para sus empleados, pero no era un sistema obligatorio.

En 1932 se reguló el Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo, el asegurador era opcional entre mutuas patronales, empresas mercantiles de seguros y la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo.

El 8 de abril de 1932 se promulgaron varias leyes ratificando los convenios internacionales

⁸⁰ Con anterioridad a 1936 el amparo del derecho a protección por enfermedad profesional se realizaba mediante una interpretación extensiva del Tribunal Supremo

de Ginebra de los años 1926, 1927, 1930 y 1931, sobre:

La edad mínima de admisión de niños en trabajos agrícolas e industriales, el trabajo nocturno de niños y mujeres, el seguro de enfermedad de obreros industriales, comercio y servicios domésticos, jornadas laborales en algunos sectores, enfermedades profesionales y Seguro de Enfermedad en trabajadores agrícolas.

Largo Caballero pone en vigor todos los proyectos de Seguros Sociales preparados desde 1920 y lo hace en el gobierno provisional. El seguro de maternidad, puesto en marcha por Largo Caballero, encontró un importante rechazo en el ámbito político y laboral. Se opusieron, en parte, las mujeres, especialmente viudas y solteras que no querían ser cotizantes, también en zonas más industrializadas donde los seguros privados estaban más desarrollados y las prestaciones de los seguros de maternidad contratados por los patronos, eran superiores y aportadas íntegramente por los empresarios.

En lo que se refiere al seguro de enfermedad, es precisamente durante la II República cuando se produce la ratificación de España de dos convenios aprobados en la X Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra en 1927.

Hubo un intento durante la II República de implantar el seguro obligatorio de enfermedad (SOE), que hubiese anticipado este hecho, y probablemente todo el proceso de consolidación del Estado de Bienestar en España:

En 1932 el ministro socialista Largo Caballero realiza el encargo de un proyecto de seguro obligatorio de enfermedad al INP.⁸¹ El proyecto se debate en las Cortes Generales en la primavera de 1936, pero justo en el momento en que el proyecto se encontraba en el trámite parlamentario de aprobación se produce el golpe militar frustrado y el consiguiente conflicto bélico.

Uno de los aspectos destacables del periodo republicano fue el proyecto de Unificación de los Seguros Sociales, que recogía el precedente de la Conferencia de 1922, el proyecto es encargado por Largo Caballero al tiempo que ordenaba el proyecto de SOE.

A continuación mostramos la orden:

⁸¹ El 25 de marzo de 1932 el Consejo de Ministros autorizó al Ministerio de Trabajo y Previsión Social a presentar en Cortes un proyecto de ley para ratificar el seguro de enfermedad de algunos sectores laborales. Se aprobaron los convenios el 5 de abril de 1932 y, el 10 de mayo, se dio la orden al INP para preparar el proyecto sobre seguro obligatorio.

ORDEN DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

ORDEN del Ministerio de Trabajo y Previsión, fecha 10 de mayo de 1932 (Gaceta del 10), encargando al Instituto Nacional de Previsión un proyecto de Seguro de Enfermedad, otro de Seguro de Invalidez y Muerte y el estudio necesario para la unificación de los Seguros Sociales de Invalidez, Vejez, Maternidad, Enfermedad y Muerte y su coordinación con los Seguros de Accidentes del Trabajo.

Excmo. Sr.: El artículo 46, (arts. 46. El trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social, y gozará de la protección de las leyes.

La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el extranjero; las instituciones de cooperación; la relación económica-jurídica de los factores que integran la producción; la participación de los obreros en la dirección, la administración y los beneficios de las empresas, y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores), de la Constitución de la República Española dispone que la legislación protectora del trabajo comprenda los Seguros de Enfermedad, Accidentes, Paro forzoso, Vejez, Invalidez y Muerte. Y la misma Constitución refleja, principalmente en el artículo 65, (art. 65. Todos los Convenios internacionales ratificados por España e inscritos en la Sociedad de las Naciones y que tengan carácter de ley internacional, se considerarán por parte consultiva de la legislación española, que habrá de acomodarse a lo que en aquéllos se disponga.

Una vez ratificado un Convenio internacional que afecte a la ordenación jurídica del Estado, el Gobierno presentará, en plazo breve, al Congreso de los Diputados, los proyectos de ley necesarios para la ejecución de sus preceptos.

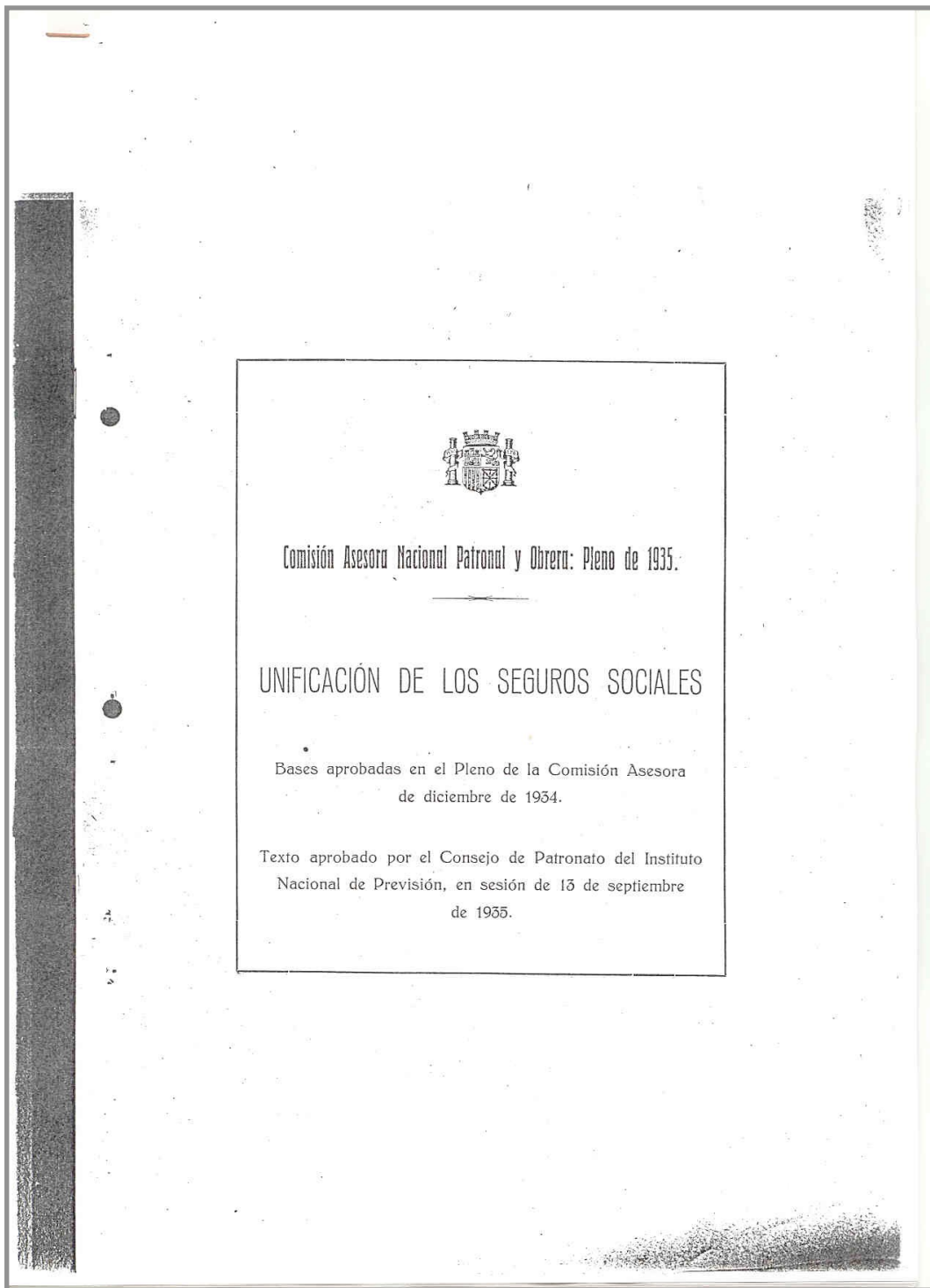
No podrá dictarse ley alguna en contradicción con dichos Convenios, si no hubieran sido previamente denunciados con forme al procedimiento en ellos establecido.

La iniciativa de la denuncia habrá de ser sancionada por las Cortes), un muy seria preocupación por que los Convenios internacionales referentes a la organización del trabajo o a la vida de los trabajadores, discutidos y aprobados en las Conferencias internacionales del Trabajo, con la intervención de las representaciones del Gobierno español y de las clases patronal y obrera de España, no sean letra muerta ni se difiera indefinidamente su ratificación.

Siguiendo el espíritu de la primera disposición, y en cumplimiento de la segunda, con fecha 25 del pasado mes de marzo presentó el Minisyro que suscribe dos proyectos de ley proponiendo, en el uno, ratificar el Convenio sobre Seguro de Enfermedad de los trabajadores de la Industria y del Comercio y de los sirvientes domésticos, y en el otro, el Convenio de Seguro de Enfermedad de los trabajadores agrícolas.

Ambos proyectos de ley fueron aprobados por las Cortes en sesión de 5 de abril último y firmados para su promulgación por el Presidente de la República con fecha 8 del mismo mes y año, y tal circunstancia impone a este Ministerio la obligación de velar por su cumplimiento.

Orden de encargo de un proyecto de Seguro de enfermedad del ministro Largo Caballero al INP.



Orden de proyecto de unificación de los Seguros Sociales

Pero el periodo prolífico en materia de reforma social que supuso la II República, se truncó con el intento de golpe militar del general Franco y la posterior Guerra Civil.

Por ello, el sistema de aseguramiento voluntario persistió hasta 1941, año en que se establece el seguro obligatorio y con él la lanzadera hasta el sistema sanitario actual.

El INP adquiere un nuevo impulso durante el periodo republicano dentro de la continuidad en lo que se refiere a directrices y objetivos del organismo.

No se modificó su estructura organizativa y su funcionamiento, excepto para emprender nuevas actividades como el Seguro de Maternidad, la Caja Nacional contra el Paro y la garantía del Seguro de Accidentes.

Tampoco hubo cambios en lo referido al equipo rector, tan sólo la presidencia y el incremento de plantilla que se produjo. Los proyectos de actuación mantenían un hilo conductor con el pasado, de hecho, algunos proyectos habían sido iniciados durante la Dictadura.

Los resultados se materializaron en una mejora de los datos de la actuación del INP: Se incrementa el seguro voluntario, crece el número de afiliados y las cotizaciones del Seguro de Retiro Obrero. El número aumenta en 1.300.000 durante el periodo republicano, alcanzando la cifra de 5.500.000 asegurados.

Se incrementa el número de aseguradas al Seguro de Maternidad al hacerse obligatorio desde 1931.

Mejora el Seguro de Accidentes y se incorporan los trabajadores agrícolas al mismo.

El INP apoyó varios proyectos de Seguros Sociales tales como el Montepío para funcionarios Municipales o el Seguro especial para Mineros.

Entre los fracasos del periodo republicano se encuentra el escaso éxito del régimen de previsión del desempleo. Al inicio de la puesta en marcha de la política de promoción del seguro, en 1933, se acogieron 33 empresas; en 1935, 171. El problema se arrastra de largo, desde principios de siglo eran muy escasas las mutuas que tenían un seguro de paro. Según los datos del IRS, en 1913, en la Casa del Pueblo de Madrid, había 26 sindicatos con 2.601 socios que tenían establecido socorro por paro en metálico. La mayoría de estas sociedades, además, eran inviables a largo plazo.

En definitiva el periodo republicano supuso un intento legislativo de progreso social, con numerosos lastres del pasado, como el propio concepto de beneficencia que siguió muy presente en este periodo, y un periodo breve, por la poca duración de la II República y, dentro de ella, los aún más breves periodos republicano-socialistas que fueron los que impulsaron los cambios. Finalmente irrumpió el golpe militar fallido del general Franco y se declaró la guerra.

B.1.5. Desde la Guerra Civil hasta 1967.

B.1.5. a. El periodo de autarquía

La Guerra produjo caos y miseria. A las muertes producidas en la contienda se sumó la pérdida de españoles obligados al exilio. La escasez de alimentos se sumó a la disminución en el poder adquisitivo de los trabajadores, agravado porque el incremento en el precio de los alimentos era superior al incremento del coste de la vida. Se produjo retorno al medio rural y en las barriadas de obreros industriales cayó la capacidad de consumo.

Las características de la política económica en este periodo inicial se resumen en: una fuerte intervención del Estado y la autarquía en materia económica.

El empeño en un sistema autárquico, si bien tuvo algún sentido en los años que corren entre el final de la Guerra Civil y el final de la II Guerra Mundial, supuso un lastre injustificado con posterioridad. Por ello, a la maltrecha situación económica, propia de un

país en una situación de postguerra, se sumó la política de intervencionismo torpe e ineficaz.

Sin el empecinamiento ideológico del franquismo en estos años los acontecimientos hubiesen sido diferentes. De hecho, el grado de destrucción como consecuencia de la Guerra Civil, no alcanzó niveles tan elevados como los de la II Guerra Mundial⁸², sin embargo la lentitud en la reconstrucción respecto a los países europeos fue una característica española.

La política autárquica, el máximo intervencionismo estatal y el empeño en la autosuficiencia fueron una consecuencia al miedo a cualquier aperturismo al exterior, al tiempo que respondía a un modelo ideológico de los primeros años de la Dictadura a los males del liberalismo económico. Pero también supusieron la causa principal de la lentitud en la recuperación.

En estas condiciones económicas y políticas⁸³, a las que se sumará el aislamiento posterior a la segunda Gran Guerra, comienza el nuevo periodo político.

En Europa se inicia la configuración institucional del Welfare State en el periodo 1950-74, después de la II Guerra Mundial, mientras tanto, en España, la Dictadura define algunas características de nuestro modelo de bienestar que lo diferencian del desarrollo de los países libres europeos y que tiene repercusiones hasta la actualidad.

En la historia española, la beneficencia y la caridad habían sustituido sobremanera la participación del Estado en la protección de las personas. Los intentos de la II República de avanzar en laicidad del Estado y de sentar las bases del Estado de Bienestar fueron cercenados por la irrupción de la dictadura.

En el nuevo periodo, la política social en España estuvo a cargo de los falangistas desde el primer momento. Sin embargo, Franco nunca permitió a Falange excesos revolucionarios en materia de diseño de políticas y con el tiempo la sometió a un debilitamiento con respecto a otras familias franquistas.

Los católicos sociales también tuvieron incidencia en el Ministerio de Educación, pero su influencia llegó también a la previsión social. El INP siguió contando con muchos de ellos en los puestos relevantes del Instituto, y en definitiva, plasmaron su impronta en la elaboración del modelo de seguros sociales. Gracias a su pervivencia en la institución se garantizó la continuidad en algunos aspectos de la previsión social respecto a periodos anteriores.

Su influencia seguía siendo relevante también en sectores intelectuales y académicos. Economistas como Valentín Andrés Álvarez, que había recibido la influencia universitaria de Luis Olariaga, liberal y católico, reflexionó sobre los Seguros Sociales en varios artículos. En 1948 señala que *“(...) las relaciones de la sociedad ante los sufrimientos de sus individuos parecen desenvolverse en tres etapas típicas, que son, probablemente, consecuencia de una ley sociológica general. Como es lógico, la primera reacción es individual, y, por tanto, individual también el remedio. Es lo que podemos denominar la*

⁸² Según J. Tusell la destrucción de ganado bovino en España fu del 10%, en tanto que en Grecia llegó a la mitad. La reducción de la producción eléctrica en Francia y Grecia fue un un 50% y un 300% superior y la destrucción de viviendas el doble y el quintuple respectivamente.

⁸³ La situación demográfica de España después de la Guerra Civil, importante para la recuperación del país, ha sido ampliamente expuesto en el apartado correspondiente.

fase caritativa. Después se organizan los esfuerzos privados en Asociaciones de beneficencia, interviniendo a veces el Estado para su autorización o regulación, pero sin que aquellas pierdan su carácter privado y voluntario. En esta fase, la reacción es ya social, y social también el remedio. Finalmente, el Estado asume esta función con toda su autoridad y su poder, dando carácter público a lo que antes era privado. Es la etapa política (...)". (Andrés Álvarez 1991: 121-122).

Se reconoce la necesidad de transformación de los mecanismos de solidaridad fundamentados en la voluntad privada en la obligación de los poderes públicos. En España se aprecia un retraso respecto a otros países del entorno que el propio Andrés Álvarez (1991) justifica como *"En España, por ejemplo, a causa de una inclinación natural de nuestro carácter, la fase caritativa duró más que en otras partes."* (Andrés Álvarez 1991:122).

En general, hay una decisión desde los distintos sectores de las élites del país de emprender reformas sociales.

Toda la política social se basaba en tres Leyes fundamentales: el Fuero del Trabajo de 1938, el Fuero de los españoles de 1945 y la Ley de Principios del Movimiento de 1958. Los Fueros aprobados por el bando rebelde sirvieron de base a la Dictadura para posteriores desarrollos legislativos.

La política social no estuvo protagonizada por los sindicatos, como ocurrió, por ejemplo, en la Argentina peronista, el protagonismo, donde en clara sintonía con el intervencionismo extremo de estos primeros años, correspondió al Ministerio de Trabajo liderado por el falangista Girón de Velasco.

El desarrollo de la política social tuvo lugar en tres etapas diferenciadas:

El primer periodo (1939-1959) se caracteriza por la Beneficencia del Estado. Se entiende por tal un instrumento del Estado para paliar la indigencia y la necesidad extrema, es un concepto cercano a la caridad, de amplia tradición en la cultura católica española.

La Beneficencia pública convive con la incorporación de nuevos derechos sociales, y que diferencian, nuevamente, entre productores y menesterosos.

Un segundo periodo (1959-1978), en el que se desarrolla una etapa de Asistencia Social.

Finalmente, y ya con la democracia, y a partir de la Constitución de 1978 se desarrolla el moderno periodo de Servicios Sociales.

Pero las reformas sociales se van forjando en un marco jurídico complejo, entre la paralización de proyectos y estrategias de la II República, la recuperación de otros proyectos y el nuevo ordenamiento jurídico del régimen un tanto deslavazado y descoordinado en ocasiones.

Durante los tres años que dura la Guerra, España se parte en dos mitades, social, política y jurídicamente, hasta el punto de que coexisten dos ordenamientos jurídicos diferentes.

La Guerra escindió la legislación de los seguros sociales, rigió una legislación diferente para cada zona de la contienda.

La Dictadura pasó por diferentes etapas, fue mutando según la oportunidad del momento

de acuerdo a un sólo objetivo: perdurar en el poder. Sin embargo, el país se vio afectado, en lo que se refiere al desarrollo económico, social y político, por la estrategia adoptada en cada periodo.

En general se distinguen dos grandes periodos: desde la Guerra hasta 1959 y desde esta fecha hasta la muerte del dictador, pero el paso de una etapa a otra es gradual y viene condicionado por diversos factores ante los cuáles se va adaptando el régimen.

En una primera fase de la Dictadura, el régimen trabaja por su consolidación y asentamiento, se trata de la época más ideologizada y en la que las distintas facciones vencedoras de la contienda buscan una posición de hegemonía en el nuevo régimen.

Franco concedió mucha importancia a la definición ideológica del Estado y del aparato político, en primer lugar para asegurar la convivencia entre los distintos sectores que se rebelaron contra la II República sumando sus fuerzas, y en segundo lugar quiso diseñar un Estado autoritario sin pluralismo político, pero al tiempo sin la dependencia del aparato del Estado de un partido único. El encargo del diseño del futuro Estado recae sobre Serrano Suñer.

El bando vencedor aglutina a falangistas, tradicionalistas carlistas, cedistas, católicos sociales, monárquicos de acción católica e incluso republicanos conservadores. De todos ellos, Falange, muy ideologizada en los inicios de la guerra, es quien aspira a convertirse no sólo en el partido único, sino también a ejercer el peso fundamental en el desarrollo del país, considerando, en analogía con los países del Eje, el Estado como un instrumento útil al servicio del partido.

En 1937, en el seno de la Falange convivían tres familias políticas, en algunos casos enfrentadas: una corriente con mayor sensibilidad hacia cuestiones sociales, liderada por Hedilla; una segunda corriente enfrentada a la anterior denominada de legitimistas, que se proclamaban herederos del ideario joseantoniano y estaban liderados por Agustín Aznar entre otros; y por último, la llamada Falange de aluvión, que aspiraba a convertir la organización nacional sindicalista en una organización conservadora.

Pero la estrategia de Franco no contemplaba otorgar ni la hegemonía ideológica, ni el control del Estado a los falangistas, sino la de diseñar la estrategia de difuminación de las posiciones más radicales de la Falange con un proceso de unificación de todos los rebeldes a la República en lo que se llamó el movimiento.

Serrano Suñer, elaboró el Decreto de Unificación en 1937, que tuvo como consecuencia la fundación de la FET de las JONS. A raíz de este proceso se produjo el alejamiento de los falangistas de su objetivo de convertir el Estado en los principios máximos de su ideario.

No obstante, el régimen intenta la *fascistización*. Ejemplos palmarios son las Leyes de Unidad Sindical y de Bases de la Organización Sindical de 1940, que se hicieron con criterios propios del fascismo. Franco realiza un largo viaje desde estas legislaciones de un primer momento a las de los últimos años de la Dictadura, en el periodo que se ha denominado el *desarrollismo*.

La traducción práctica de los movimientos del dictador fue un reparto de cuotas de gobierno y de poder entre las familias políticas que convivían en la dictadura. De esta suerte, los tradicionalistas eran siempre premiados con la cartera de justicia; los tecnócratas con la cartera de industria; los falangistas, trabajo y agricultura y los católicos ocupaban el espacio educativo y la cartera consiguiente.

Es imprescindible dibujar el marco de actuación político de la Dictadura para poder analizar la organización de la política social, de la asistencia sanitaria y los seguros sociales en el primer periodo de la Dictadura, que tendrá consecuencias en la configuración definitiva del sistema sanitario español.

En materia de Seguros Sociales, la situación heredada se resumía en una multiplicidad de seguros, descoordinados, con un porcentaje reducido de la población asegurada y gestión fragmentada.

El proyecto de unificación que venía avisándose desde la primera Conferencia de 1917 nunca vio la luz porque bien los intereses de algunos grupos, bien los sobresaltos políticos se habían ido postergando.

El Fuero del Trabajo (Declaración X) retoma el interés por la unificación y se plantea la promesa de un *Seguro total*. González Posada (1943) diferencia en este sentido el seguro total de la unificación de seguros, interpreta la declaración del fuero como la “*protección para todos los riesgos de la vida y el trabajo (Seguro total) y no tener organizada su gestión con unidad, sino que cada uno se rija por su régimen propio e independiente de los demás.*”(G. Posada 1943:429).

Pero para entender la rapidez con la que Franco toma las primeras medidas de impacto, como la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), no se puede obviar la necesidad de legitimación que tiene, desde luego en política interna, pero también externamente.

Tras la guerra se había congelado el proyecto unificador de Seguros Sociales republicano. Los seguros dependientes del INP se ampliaron durante este periodo de autarquía. Se implantaron nuevos seguros, por ejemplo en 1939, un subsidio de vejez e invalidez que se transforma en 1947 en el *seguro obligatorio de vejez e invalidez* (SOVI), que sustituyó el anterior seguro de Retiro Obrero, aportando como elemento destacable la sustitución de un sistema de capitación por un sistema de pensiones fijas, pero que solo cubriría a los asalariados con ingresos reducidos. Se ralentizó su crecimiento por la creación de la mutualidad laboral, el mismo año, de manera que se impide el monopolio sobre la previsión social pública del Ministerio de Trabajo de Girón.

El 3 de septiembre 1941 se instauró el *Seguro de Silicosis* mediante decreto, el reglamento llegaría el 14 de noviembre de 1942. Se trata de una suerte de seguro por enfermedad profesional, entre las prestaciones figuraba la asistencia médica y la indemnización por incapacidad temporal equivalente a tres cuartas partes del salario.

En lo que respecta al *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, es retomado y aprobado el 14 de diciembre de 1942 mediante Ley. Tiene entre sus fines la prestación de asistencia sanitaria médica, hospitalaria y farmacéutica en casos de enfermedad, así como prestaciones económicas. La demora española en la implantación del seguro de enfermedad es llamativa si se tiene en cuenta que las autoridades de turno españolas habían ratificado diez años antes los convenios 24 y 25 de la OIT (1927).

Entre 1941 y su aprobación en 1942, se crearon hasta cinco comisiones en las que participaron miembros del Ministerio de Trabajo, del INP y de los colegios médicos, todos designados por el ministro y que, en definitiva, representaba la voluntad política de Franco en manos de Girón de Velasco.

El SOE se termina de regular normativamente además de la Ley y el Reglamento de 11 de noviembre de 1943, con cuatro leyes más, treinta y nueve decretos y noventa y tres órdenes

ministeriales.

Esta prolífica actividad legislativa obedece a dos razones: por un lado, a la necesidad de adaptar las normas a la propia dinámica social, y de otra parte, en lo que respecta a la gestión de seguros o los conflictos con los profesionales sanitarios, las distintas normas intentan suavizar fricciones y cohabitar con los intereses económicos en juego.

Varios colectivos recelaron en principio del SOE, como los médicos, que lo vieron como una amenaza contra su independencia, porque *“las razones más hondas de esa oposición radiquen en que la institución haya atentado contra el propio sistema de valores del grupo profesional médico, contra su jerarquización de la autoridad, contra su sistema de selección y promoción, contra las normas y procedimientos de control establecidos, contra la misma esencia del mercado de servicios”*. (Serrano Guirado 1950: 274).

Destaca que el anteproyecto es encargado en 1941 y tan sólo un año después se aprueba la Ley que da origen al SOE. A esto hay que añadir que el proyecto tiene muchas similitudes con el proyecto de Largo Caballero, frustrado en el periodo republicano: en financiación, cobertura, tipo y duración de las prestaciones y organización de la gestión.

Sin duda, es acertado considerar que la estructura del INP fue pieza clave en la transmisión de información y datos para recuperar el proyecto republicano y dar lugar al nuevo seguro obligatorio. En todo caso, no supondría una excepción, gran parte de la legislación en política social de esta primera etapa de la Dictadura fue una ampliación del régimen de protección social heredado del periodo republicano.

Quedaba a cargo del INP, como entidad aseguradora única, las primas de seguro eran proporcionales a las rentas de trabajo, se cargaban por partes iguales entre trabajadores y empresarios y el abono, como casi todos los seguros, correspondía al patrón.

En la práctica, fue un seguro limitado y de baja cobertura, en el que se deja sin asistencia a un grueso muy importante de población, que queda al albur de la beneficencia o de la medicina privada, la financiación corre a cargo de empresarios y trabajadores siendo la aportación del Estado puramente testimonial⁸⁴. No obstante era un seguro dirigido a *“todos los productores económicamente débiles”*, como rezaba en la primera lectura del artículo 3 de la Ley.

El INP tuvo un papel determinante en un aspecto que diferencia la estructura del sistema sanitario español de la del resto de países europeos: *“(…)Este sería el segundo hecho excepcional, ya que en el modelo convencional de Seguro Social Sanitario de la Europa continental el ente asegurador público contrata servicios a proveedores públicos y privados, pero no desarrolló ninguna red propia (sólo en la Europa mediterránea se produjo esta variación, que también se dio en Iberoamérica). Esta característica diferencial posiblemente tuvo tres causas: a) la penuria de instalaciones y servicios sanitarios existente, ya que es difícil contratar lo que no existe, es precario, está obsoleto, o su capacidad está saturada; b) la rentabilidad política de construir una red hospitalaria y sanitaria, e ir inaugurando instalaciones y servicios, y c) el pecado original de comenzar atendiendo solo a “productores económicamente débiles” –obreros*

⁸⁴ La aportación del Estado se redujo desde el 24,04% de 1935, al 4,3% en 1940, permaneciendo en el 3,7% en los años 1946 y posteriores.

de bajos ingresos- a los que los médicos preferían no mezclar con sus pacientes ‘privados’, dando lugar a los consultorios y ambulatorios de la Seguridad Social.

Por lo tanto, el INP no sólo contrató o concertó servicios sanitarios públicos y privados, sino que creó una red de consultorios, ambulatorios, residencias sanitarias (hospitales generales) y ciudades sanitarias (grandes hospitales supra-provinciales). Además, se estableció un sistema específico de contratación semi-funcionarial (“personal estatutario”), para todos los empleados de estos servicios, distinguiendo personal sanitario y no sanitario. Los médicos de hospital, organizados en servicios jerarquizados, eran retribuidos por salario; los profesionales extra-hospitalarios (generalistas, practicantes y especialistas) por un sistema pseudo-capitativo (por cartilla de asegurado).” (Repullo 2012:87).

El ministro Girón encarga al INP la elaboración de un plan nacional de infraestructuras sanitarias. *“Mediante Orden de 11 de febrero de 1943 del Ministerio de Trabajo (BOE, 17-II-1943), se creó una comisión destinada a elaborar las normas generales del funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad, en base a lo contenido en el artículo 28 de la Ley del seguro que, además, sería la encargada de elaborar un plan nacional de instalaciones y desenvolvimiento del servicio médico del seguro”.* (Redondo Rincon 2013:291).

Las prestaciones médicas tenían un límite temporal, de veintiséis semanas para los asegurados y de trece para sus familiares beneficiarios salvo una ampliación que debía ser autorizada por el Ministerio de Trabajo. Cuando la asistencia era de carácter hospitalario y requería ingreso, el límite temporal era de doce semanas para el asegurado y de seis para sus familiares, y en este caso la prórroga debía ser autorizada por el INP. Si el beneficiario rechazaba la asistencia sanitaria, perdía la prestación económica, y si se le denegaba la asistencia sin justificación alguna, adquiría un derecho económico equivalente a los honorarios de la atención médica privada que hubiese necesitado.

El Decreto de 22 de marzo de 1944 impuso la colaboración de las entidades privadas en el seguro de enfermedad y concertó con los servicios médicos de reconocida eficiencia. En función de este decreto, la caja nacional del seguro de enfermedad podía delegar facultades en mutualidades, montepíos e igualas médicas que tuviesen acreditada alguna modalidad asistencial antes del inicio de la Guerra Civil. De igual manera la delegación podía producirse en favor del sindicato único y de empresas y compañías mercantiles de seguros, previa autorización.

La Ley de 25 de septiembre de 1944, de bases para la organización de la sanidad nacional, tuvo como objetivo culminar la ordenación de la prestación sanitaria mediante la unificación de los servicios existentes. Supuso la creación de un marco más general para la ordenación anterior, cuya estructura correspondía al Real Decreto de 12 de enero de 1904, varias disposiciones posteriores y la Ley de Coordinación sanitaria de 11 de julio de 1935.

Se crearon dos tipos de servicios:

1.- *Centrales*, correspondientes a servicios farmacéuticos, veterinarios, luchas sanitarias, inspección, servicios generales del consejo nacional de salud.

2.- *Locales*, en cada provincia existía un consejo provincial de sanidad y una mancomunidad sanitaria de municipios que colaboraba en el sostenimiento de la nómina

de los funcionarios sanitarios del Estado.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas reconocidas en la Ley de 1942 del SOE, se estipulaba una compensación mediante indemnización por la ausencia al trabajo por enfermedad o por maternidad. Con carácter general consistía en el 50% del salario y como requisito adicional se establecía que la enfermedad debería tener una duración de más de siete días.

Existe prácticamente unanimidad en considerar la implantación del seguro obligatorio de enfermedad como un éxito de la Dictadura. Precisamente por ser un régimen dictatorial, pudo imponer a todos los sectores que, atendiendo a sus intereses y usando su capacidad de presión, habían hecho fracasar todos los intentos previos.

Frente a las voces liberales de otros tiempos se esbozan argumentos, como los de Andrés Álvarez “(...) *las instituciones de la Seguridad Social. Moderadoras de un extremismo antiintervencionista, que se desentendió de los tremendos daños de la inestabilidad congénita del capitalismo moderno (...)*”. (Andrés Álvarez 1991:123).

A partir de 1942 se fueron incorporando progresivamente colectivos a la afiliación obligatoria. En 1948 los trabajadores eventuales y en 1950 se agregan los trabajadores de la industria resinera y en ese mismo año también se extiende la obligatoriedad de afiliación a los trabajadores autónomos del mar.

La gestión quedó dividida entre entidades públicas y entidades privadas delegadas.

Se ha señalado por varios autores que la implantación de los servicios y prestaciones del seguro de enfermedad se produce en tres etapas en las que la incorporación de nuevas normas camina paralela a su desarrollo:

- 1.- Una primera etapa que se inicia en septiembre de 1944, en la que se incluyen prestaciones como la medicina general, farmacia y prestaciones económicas por enfermedad.
- 2.- En la segunda, desde el 1 de enero de 1947, se incorpora a la cartera de servicios cirugía general, hospitalización quirúrgica y oftalmología entre otras especialidades.
- 3.- La tercera etapa se inicia en septiembre con la aplicación del decreto de 15 de julio de 1948. Acometió una nueva ordenación del seguro de enfermedad, se incluyen todas las especialidades, prestaciones y servicios, excepto la hospitalización médica. Pero sobre todo, el decreto fijó las normas para la integración de las prestaciones del seguro de maternidad.

El decreto de 29 de diciembre de 1948 simplifica y unifica las reglas de afiliación y cotización de los seguros sociales existentes en ese momento, vejez e invalidez, subsidio familiar y seguro de enfermedad.

Con posterioridad, el Decreto de 4 de junio de 1959 refunde las normas vigentes en materia de seguros sociales, incluyendo las del SOE.

Aunque se ha señalado que el SOE fue uno de los grandes éxitos de la Dictadura, también representó un fracaso respecto a los objetivos iniciales. En primer lugar, nació con vocación de seguro unitario, hasta el punto que en un primer momento, la unidad es característica y objetivo a la vez y se plasma en la aseguradora única: el INP. Pero cuatro meses después desaparece cuando se otorga la delegación en la gestión a las entidades

colaboradoras⁸⁵. El argumento oficial de la consolidación de un sistema complementario de aseguramiento social, obligatorio y por actividades productivas a través de las mutualidades laborales, es la cobertura insuficiente de los Seguros Sociales con un solo asegurador público.

En segundo lugar, la implantación del seguro de enfermedad junto a los subsidios familiares o instituciones como la obra social del 18 de Julio, conlleva una mayor descoordinación. La otra cara de la moneda es la multiplicidad en la gestión, a la que se llega por la cesión a las presiones de los intereses de las aseguradoras y la determinación de Franco de reducir el poder del emergente Ministerio de Trabajo.

La falta de coordinación y la desagregación de los Seguros Sociales tiene, por tanto, una relación causal con el mutualismo, que va fraguándose a modo de parcheo para solucionar problemas concretos, de colectivos concretos, pero sin responder a una ordenación sistematizada.

La idea de la unificación de los seguros sociales fue compartida por numerosas personalidades, así González Posada (1943) nos dicta que *“Querer imprimir a los seguros sociales una estructura unificada es preocupación que siempre ha estado latente entre nosotros, y alguna ocasión hubo en que pudo convertirse en un hecho consumado. El momento actual vuelve a ofrecer muchas probabilidades para conseguirlo”*.(G. Posada 1943:429).

En tercer lugar, en lo que se refiere a los asegurados, es cierto que con el SOE se incrementa el número de protegidos por el sistema, pero ello no quiere decir que la cobertura responda a un modelo justo. Formalmente incluye, en su ámbito de aplicación, a trabajadores económicamente débiles, asalariados o por cuenta propia, trabajadores a domicilio y empleados domésticos. Los ciudadanos hispanoamericanos, portugueses y andorreños quedaban equiparados a los españoles, el resto de extranjeros se regularían por los diferentes convenios internacionales. También quedaban asegurados los familiares del afiliado y, por último, permanecían bajo la cobertura del SOE los asegurados que pasasen a percibir el subsidio de vejez e invalidez.

Pero en realidad, prioriza a los trabajadores manuales sobre los trabajadores de cuello blanco, a los trabajadores fijos sobre los eventuales, a los que trabajan por cuenta propia sobre los que trabajan por cuenta ajena y a los del sector industrial frente al sector agrícola.

Las desigualdades también tuvieron correlación con la dimensión geográfica. De esta manera, no llegó médico general/ médico de medicina general a las zonas rurales y a los pequeños municipios. Esta es la razón por la que las provincias de la mitad norte tienen menor número de municipios con facultativo.

Las repercusiones de estas desigualdades en los parámetros de salud son inmediatas, los índices de mortalidad son más bajos en los municipios que disponen de recursos médicos proporcionados por el SOE. Por otra parte, es de destacar la polarización de recursos que se da en toda España entre las capitales de provincia y el resto de municipios de la misma.

Los intentos propagandísticos del falangismo y del propio gobierno de intentar definir el SOE, como un instrumento dirigido a las personas con mayor nivel de necesidad, está lejos de la realidad.

⁸⁵ Se reconocen como entidades colaboradoras la organización sindical, el Instituto Social de la Marina, las mutualidades, las compañías y mutuas mercantiles y las cajas de empresas.

La Beneficencia Política completaba una deficiente red asistencial, de esta manera se crean una serie de instituciones del Estado como la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, el Consejo Superior de Beneficencia y Obras Sociales y el Fondo de Protección Benéfico-Social, junto con el Auxilio Social⁸⁶. Creadas desde los inicios del régimen, son las encargadas de llevar a cabo las prestaciones, algunas en materia de asistencia sanitaria, como las realizadas en el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado o el Auxilio Social al enfermo.

La misma filosofía impregna a las Administraciones Locales como las Diputaciones Provinciales, de manera que en el artículo 243 de la Ley de Bases del Régimen Local de 1955 se recoge la obligación de “*la creación y sostenimiento de establecimientos de beneficencia, sanidad e higiene*”, además de señalar la obligatoriedad de la instalación y sostenimiento de un hospital médico-quirúrgico, un hogar infantil, un hospital psiquiátrico y un instituto de maternología.

En la creación del SOE, no subyacía una idea definida de un modelo de aseguramiento ni un esquema de la estructura que la asistencia sanitaria debería tener; se impusieron otros objetivos como el intento de apaciguar al sector proletario más activo y que podría suponer una oposición al régimen en algún momento. Se buscó, por tanto, legitimación interna.

A pesar de la escasez de recursos aportados por el Estado para el desarrollo de un sistema sanitario, la sanidad tuvo el apoyo formal de la Dictadura. Por ejemplo, los discursos del propio dictador de fin de año hicieron referencia a los objetivos sanitarios y al objetivo de alcanzar los cuarenta millones de habitantes propios del imperio que marcaba el discurso político.

El crecimiento de la cobertura poblacional se inicia con la puesta en marcha del seguro obligatorio de enfermedad, que se produce efectivamente en torno a 1943 y que a partir de ese momento, las diferentes modificaciones normativas han tenido como consecuencia la ampliación de la cobertura.

En las tablas B.2 y B.3 se observa el crecimiento de la cobertura entre 1944 y 1966, en veintiún años se duplica sobradamente el porcentaje de población protegida.

Tabla B. 2. Población protegida (1944-1950)

Año	Asegurados	Beneficiarios	% Población cubierta por el SOE
1944	2.143.671	6.828.946	25,85
1945	2.521.866	7.313.504	27,41
1946	2.749.088	7.698.543	28,59
1947	3.034.106	8.320.504	30,63
1948	3.166.296	8.546.451	31,15
1949	3.131.501	8.379.853	30,25

Fuente: Anuario Estadístico de España

⁸⁶ El Auxilio Social no es una institución del Estado, tiene su origen en el “Auxilio de invierno”, creado por Falange el 30 de Octubre de 1936, se trata de una traducción literal de la organización nazi “Winterhilfe”, tras el decreto de Unificación de 1937 pasa a denominarse Auxilio Social.

Tabla B.3. Población protegida (1950-1966)

Año	Número de asegurados	Total población protegida	% Incremento	% Población protegida
1950	3.064.600	8.180.000	38	29
1955	3.784.400	9.380.000	15	32
1960	5.090.000	13.292.000	42	43
1965	6.271.000	16.475.000	24	51
1966	6.598.000	17.248.000	5	53

Fuente: Freire (2005)

Pero un modelo de previsión social no se define sólo por la población que goza de cobertura. España llega con retraso respecto del resto de Europa, tanto en el tiempo como en el modelo. Mientras en Europa se tiende a un modelo financiado en gran medida por el Estado, universal e integrado de seguro, en España, basado en antiguos estudios e informes, se establece un sistema de cotización. Para (Comín 2007), el Informe Beveridge de 1942 no llega a influir en España en la política asistencial hasta 1963. Las razones no hay que buscarlas en el aislamiento intelectual de España. De hecho el INP mantuvo una actividad técnica y de seguimiento de los diferentes sistemas de Seguros Sociales en los países europeos.

De esta manera, se produce una controvertida visita de Lord William Beveridge a España en 1946, en pleno periodo de aislamiento económico internacional a la Dictadura. La visita se produce por invitación del INP y tuvo como objeto el desarrollo de unas conferencias durante tres días. (Álvarez Rosete 2004). En fotografía bajo estas líneas, la llegada de Beveridge a Madrid con Jordana de Pozas).



Se regula un incipiente subsidio de desempleo en 1945 y en 1948 y el Seguro de enfermedades profesionales en 1947. También en 1947 se transforma el Subsidio de Vejez e Invalidez de 1939 en el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).

Es en 1954, cuando se aprueba el reglamento general del mutualismo laboral, y se instituye un sistema de previsión social obligatorio como complemento de los Seguros Sociales unificados, entre las prestaciones exigibles se encontraba la asistencia sanitaria para pensionistas y familiares a su cargo.

A los Seguros Sociales y a las mutualidades laborales se suman los sistemas complementarios de base empresarial o las Cajas de empresa. También se crearon otros elementos de previsión, algunos de los cuales se mantienen hasta nuestros días, como el seguro escolar.

Se elabora un Texto Refundido de la Ley y del reglamento de Accidentes de Trabajo en 1956.

El sistema era tan desagregado e inconexo en muchas ocasiones, que requería de toda una legislación conjunta, que fuese socialmente unificador para la masa asegurable, que se calculase con los mismos criterios actuarios y fuese más fácil de gestionar.

Aunque se habían aprobado varios decretos en 1948 y en 1949 que tenían como objetivo unificar los seguros sociales, en realidad se trató de una tímida coordinación de seguros que contemplaba un paquete de medidas administrativas más tendente a favorecer el cumplimiento de las obligaciones empresariales que a un auténtico proceso unificador de los Seguros Sociales.

Después de más de veinte años caminando por senderos alejados del resto del continente, llegaron los intentos de modernización como consecuencia de un cambio de estrategia del régimen. Es precisamente la LBSS una de las iniciativas más importantes en este contexto de desarrollo del país.

El proceso de discusión de la LBSS estuvo marcado por la polémica, especialmente en lo que se refiere a la gestión, donde se pusieron de manifiesto los intereses de los distintos actores. Pero también se había evidenciado el crecimiento constante de la cobertura en prestaciones y beneficiarios del seguro de enfermedad y la dificultad que suponía la fragmentación de los seguros sociales.

El último lustro de los años cincuenta fue un periodo de movimientos de avance y retroceso en la construcción de un sistema de Seguridad Social.

B.1.5. b. El Plan de Estabilización

La tendencia europea de ampliar hasta la cobertura universal y la unicidad en la gestión tuvo su reflejo en intentos como el del ministro de Trabajo, Sanz Orrio, con el Decreto de 14 de junio de 1957, por el que se encomienda al INP la elaboración de un plan de seguros sociales. Se llega incluso a crear una comisión redactora del futuro plan, pero en pleno trabajo de la comisión ve la luz el decreto que crea el Servicio Nacional de Seguridad Social Agraria, lo que supone un duro golpe a los planes de unificación. Abunda en esta línea el decreto de 1958 que hace referencia a los trabajadores del mar.

Hay que destacar la reivindicación de las clases medias por ser incluidas en el área de los seguros obligatorios, una demanda ya histórica que arrastraba desde la Conferencia de 1922 y que aún estaba sin resolver, dado que el seguro obligatorio se había orientado hacia los *“productores económicamente débiles”*. Como ejemplo, señala (Andrés Álvarez 1991: 198) que *“(…) Un deber de conciencia social impone, pues, extender el área de los Seguros*

obligatorios a esa zona de rentas medias, para que sus cargas recaigan, en definitiva, sobre los únicos que deben y pueden soportarlas.(...)”.

Incumplido el mandato inicial, se constituyó de forma provisional una segunda comisión redactora del plan. Corría el año 1959 cuando el INP entrega al Ministerio de Trabajo el Plan Nacional de Seguridad Social. Tuvo la oposición de los representantes de los colegios de médicos, del Ministerio de la Gobernación y del representante del colegio de farmacéuticos. A esto se añade que la primera Comisión designada entrega también su propio Plan, además de los encargos de la Organización Sindical Española a otra comisión. Finalmente, a través de la O.M. de 2 de marzo de 1959, se designa una nueva ponencia.

En 1960 se incorporan los trabajadores autónomos al Mutualismo laboral. En 1961 se generaliza el Seguro de Enfermedades Profesionales a todas las enfermedades profesionales y se crea el Seguro Nacional de Desempleo. En 1962 la Ley de Coordinación hospitalaria.

La planificación de la Seguridad Social se aborda en las jornadas técnicas sociales de 1960, 1961 y 1962 que tuvo algunas consecuencias normativas como el decreto 56/1963 que establece una tarifa para los seguros sociales obligatorios.

Hasta 1963 podemos comprobar que, en realidad, no se trata de un sistema de Seguridad Social, sino un conjunto asistemático de seguros sociales. Se realiza un diagnóstico de la situación de la previsión social y se plantea la necesidad de realizar una reforma que debe subsanar defectos en cuatro ámbitos:

En primer lugar, defectos en la estructura, no había una consideración conjunta de las contingencias, eso da lugar a prestaciones muy diversas o, en su caso, a diversos seguros de idéntica cobertura a las mismas personas.

En segundo lugar, defectos funcionales, los sistemas de protección hasta este momento, se consideraban insuficientes, porque no cubren ni lejanamente a toda la población; dispersos, porque no se protegen de forma suficiente a todas las personas en riesgo; y desiguales, en el sentido de que la existencia de una pluralidad de regímenes daba lugar a algunos regímenes “privilegiados” frente a los demás.

En tercer lugar, deficiencias financieras, una multiplicidad de entidades gestoras tiene como consecuencia un exceso de costes de gestión.

Por último, defectos en materia de prestaciones. Se plantea la necesidad de igualar las prestaciones que deben permitir incorporar al trabajador enfermo a la vida laboral.

A partir de la delimitación de las deficiencias que presentaba el sistema, en 1962 se realiza una encuesta desde la Secretaria Nacional de Ordenación Social que intenta conocer las líneas de reforma de la seguridad social.

Partiendo de esta encuesta y de un memorando del Ministerio de Trabajo, se elabora el anteproyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social (LBSS) que se presenta al Consejo de Ministros el 9 de agosto de 1963.

El contexto económico y social de España era sustancialmente diferente. Una serie de circunstancias económicas, políticas y sociales obligan a la Dictadura franquista a una transición entre 1957 y 1962, desaparecen las características más autárquicas del régimen y se diseña una nueva imagen tanto hacia el interior como, sobre todo, hacia el exterior.

La idea compartida por un sector importante de la población y de las élites del país, fue la

modernización de España mediante el desarrollo económico.

El abandono de los postulados más dogmáticos de política económica y el impulso liberalizador del plan de estabilización de 1959, dio lugar a un periodo de bienestar material, que pareció mayor por la comparación con la década de los cincuenta, donde la dureza siguió definiendo la vida de las personas en los tiempos inmediatos a la Guerra Civil.

Los intentos de liberalización económica del régimen dieron sus primeros frutos, la industria española multiplicó su producto por 3,74, con una tasa de crecimiento del 11,1% entre 1960 y 1974, la composición del Producto Bruto se inclinaba en favor de la industria y de la construcción que llegaban a alcanzar un peso del 40,8% del PIB.

Todo esto fue posible a partir del Decreto-Ley de Ordenación Económica de 21 de julio de 1959, que en realidad supuso la superposición de un modelo keynesiano inserto en un sistema político dictatorial.

El cambio de rumbo conduce a una etapa más tecnocrática en la que se intenta transmitir la sensación de una mayor preocupación por la cuestión social, como hemos visto, es en ese ámbito donde se enmarca la iniciativa que llevó a la elaboración y aprobación de la LBSS de 1963.

En estas circunstancias, la LBSS supone la adaptación de los seguros sociales, dispersos y descoordinados a los nuevos tiempos. Sin embargo, la LBSS supuso algo más, constituyó un auténtico sistema. Nace el concepto de Seguridad Social como un conjunto de elementos interrelacionados destinados a proporcionar seguridad a los miembros de la sociedad, cuya garantía es asumida por la propia sociedad.

Desde el punto de vista político, existe una diferencia importante en lo que se refiere a la génesis del SOE comparado con la LBSS. El SOE nace rápidamente, como una decisión política de marcado carácter ideológico, en un momento de dureza totalitaria del régimen y se impone a todos los colectivos interesados. Sin embargo, la LBSS nace en un momento de cambio de estrategia de la dictadura, en un momento en que el discurso oficial abandona los vocablos del nacional sindicalismo y son sustituidos por el lenguaje *tecnócrata*, donde el término desarrollo está presente de manera constante en los discursos oficiales.

De hecho, la crisis de gobierno de 1962 que dio lugar a la entrada de los tecnócratas en el gobierno, supuso la llegada de Jesus Romero Gorría a la cartera de Trabajo entre 1962 y 1969.

En 1962 se elabora el anteproyecto de la Ley así como un Memorándum a modo de diagnóstico sobre la situación de la Seguridad Social. El Consejo de Ministros aprobó el 11 de octubre de 1963 el anteproyecto que se envía a las Cortes, y el 14 de diciembre de 1963 comenzó el debate. Fue un proyecto de Ley cuestionado, se presentaron 747 enmiendas, nueve de ellas eran enmiendas a la totalidad. El debate además saltó a los medios de comunicación.

Las enmiendas giraron en torno a dos cuestiones: La ausencia de consulta a los interesados, lo que resulta un mal cálculo de las consecuencias económicas, y la defensa de la iniciativa privada en la gestión del seguro, es decir, la defensa de los espacios y los intereses económicos del sector empresarial.

Finalmente se aprueba la Ley el 27 de diciembre de 1963, una ley que, pese a todo, tuvo mucha importancia por su incidencia sobre toda la legislación posterior preservando las

situaciones consolidadas. Ante la imposibilidad de crear un sistema unificado que acabase con los problemas estructurales del pasado, el Ministerio de Trabajo optó por una posición reformista, negociando hasta donde pudo, una reducción de los órganos gestores y un aumento del control sobre estos.

La Ley marcó el tránsito hacia un sistema de Seguridad Social en algunos aspectos decisivos como fue la publicación y la búsqueda de protección global e integrada.

En realidad el proceso de elaboración de la LBSS puso de manifiesto tanto las diferencias insalvables que existían acerca del modelo de Seguridad Social, como la existencia de intereses encontrados.

Los principios que rigen la LBSS, se expresan en su exposición de motivos y se resumen en: una tendencia hacia la unidad, la consideración conjunta de los riesgos protegidos, la supresión del ánimo de lucro y modificaciones en la financiación en tres sentidos (mayor participación del Estado, variación en las cotizaciones y modificación del régimen financiero).

Sin embargo, los objetivos solo fueron alcanzados en parte. La unidad del sistema no se ha conseguido ni siquiera en nuestros días. Por su parte, las contingencias no son tratadas de igual manera, existe un tratamiento más favorable a la enfermedad profesional y al accidente laboral que a la enfermedad común, además, las prestaciones son diferentes en función del régimen al que esté adscrito el trabajador. Lo que supuso un fracaso importante, que tuvo consecuencias futuras, fue el mantenimiento de dos estructuras institucionales: la Seguridad Social y las mutualidades laborales.

Las características de la Ley de Bases fueron la tendencia a la universalización y la armonización de la protección, promulgando siete grandes ejes (Quintero Lima 2014):

1.-La tendencia a la unidad. En la exposición de motivos I.3 *“se manifiesta en que no obstante la existencia de regímenes especiales junto al régimen general (...), responden todos ellos a una misma concepción y a principios homogéneos; pero, en especial, se traduce en la adopción de medidas encaminadas a poner término a la complejidad de que adolece nuestro actual sistema de Previsión Social, que se manifiesta en una incesante proliferación de disposiciones, causa y efecto, a la vez, de la diversidad de organismos y entidades cuyas actividades se entrecruzan e interfieren cuando no aparecen superpuestas en atención a un mismo sujeto y a idéntico estado de infortunio, con la inevitable duplicidad y consiguiente despilfarro de esfuerzos”*.

Ya hemos visto en qué punto queda en vía muerta este objetivo. Se estructuraría finalmente en regímenes generales para los trabajadores por cuenta ajena y regímenes especiales para ciertos colectivos, y otros colectivos quedarían excluidos.

2.- La tradición mutualista apunta hacia la participación de los interesados en la gestión. En la exposición de motivos (I.4) se cita *“la fecundidad de los ensayos mutualistas”*, un principio que tenía como camino de vuelta la colaboración que debían prestar las empresas en materia de accidentes, protección familiar y pago delegado de prestaciones a corto plazo.

3.- La exigencia de la supresión del ánimo de lucro en los Seguros Sociales. Esto es la subordinación de los intereses privados al interés general. Quizá fue la directriz que suscitó mayor polémica y se erigió como el argumento fundamental contra la LBSS. En la Exposición de motivos (I.5) se configura como *“prohibición terminante”* y se argumenta el carácter social del espíritu de la ley que impide aceptar el carácter discriminatorio de la

cobertura de los siniestros.

La gestión del seguro de accidentes quedó atribuida al INP a pesar de la oferta de las compañías privadas de gestionarlo gratuitamente. La orientación de la Ley se asienta sobre el concepto de la incompatibilidad del ánimo de lucro con los fines de la Seguridad Social.

4.-Se produce un salto cualitativo superando el concepto de riesgo. Se avanza desde una concepción de los seguros sociales que atiende a los riesgos, a una nueva situación en la que se tienen en cuenta solo las situaciones de necesidad y no las causas que las generan. Conceptualmente se produce un fenómeno de interés: el sistema mantiene una fuerte vocación profesional, pero el riesgo profesional pierde el valor como paradigma en favor de un modelo más universalista.

5.-Se estructura el sistema financiero y se constituye un sistema de reparto. Esta es una de las líneas fundamentales de la LBSS. En la Exposición de motivos (I.7) el régimen financiero se *“estructura mediante el sistema de reparto de los pagos anuales en amplios periodos de tiempo”*, dicha cuestión es justificada en términos de planificación económica y contable empresarial.

6.-Se asigna al Estado el papel redistribuidor de renta, y ha de hacerlo a través de los presupuestos. (Exposición, I.8), en este sentido la Base XVIII, 78 b) dispone que se consigna el carácter permanente de las subvenciones presupuestarias estatales, sin perjuicio de las que se acuerden para atenciones especiales. Se refleja, pues, el carácter público de todo el sistema.

7.-La protección de la discapacidad no sólo es de sostenimiento económico, sino también de recuperación e inserción. (Exposición I.9) *“la recuperación física o fisiológica del inválido cuando esta es posible, o en otro caso a su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión”*.

Sin embargo, la debilidad de los servicios sociales y la deficiente configuración jurídica son las causas de la práctica ausencia de resultados. Se producen nuevos intentos de potenciar estos aspectos en 1972 (en materia de rehabilitación) y con la Ley de 1974.

8.-Por otra parte, en los sistemas más modernos de Seguridad Social se tiende a establecer una acción protectora diferenciada según la causa que da origen a la contingencia, sino que sea la propia contingencia, independientemente de cuál sean los riesgos o las causas que dan lugar a dicha situación. Aunque con la LBSS aún no se llega a una situación como esta, sí se produce un avance tendencial en ese sentido, de esta manera la Exposición de motivos determina que el desarrollo de la ley aplique el *“principio de conjunta consideración de las contingencias”*, superando la *“regresión nociva de riesgos singulares”*, prestando más atención al infortunio padecido que a las causas que lo provocan.

En resumen, la LBSS se impone la obligación de *“operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social”* (Exposición, I. 1,2), aunque en realidad, lo que trató es de reestructurar, ordenar y organizar lo que ya existía.

Produce una clarificación de la gestión, asigna al Mutualismo Laboral, al INP y al Instituto Social de la Marina funciones de manera concreta. De esta manera, el INP adquiere las siguientes competencias:

a) La asistencia sanitaria por maternidad, enfermedad común y accidente no laboral.

b) Prestaciones económicas por incapacidad laboral transitoria e invalidez profesional por

causas no profesionales.

c) Desempleo.

d) Prestaciones familiares.

e) Prestaciones de la asistencia social y colaboración en la ejecución de los programas de servicios sociales.

f) Gestión del servicio común, contribución de pensiones por incapacidad permanente y muerte como consecuencia de accidente laboral.

La mutualidades:

a) Asistencia sanitaria por causas profesionales.

b) Prestaciones económicas por incapacidad laboral e invalidez por causa profesional.

c) Invalidez permanente, muerte.

d) Prestaciones de vejez.

e) Prestaciones de asistencia social.

Con la entrada en vigor de la LBSS, se considera que se inicia un sistema moderno de Seguridad Social.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, con entrada en vigor 1 de enero de 1967, transforma el seguro obligatorio de enfermedad en la asistencia sanitaria de la seguridad social.

La Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) supuso un aumento en las prestaciones sanitarias, en el gasto sanitario, en la cobertura, en el número de médicos y profesionales dependientes del Estado y en la titularidad de infraestructuras hospitalarias.

Especialmente las inversiones en nuevos grandes hospitales produjeron una mejora de la red, aunque concentrada geográficamente, cuestión que tuvo consecuencias en la planificación sanitaria y en el modelo de sistema sanitario.

La concentración de hospitales se produjo sobre todo en Madrid, y la traducción asistencial de este concepto del sistema sanitario fue primar la atención a pacientes agudos frente a pacientes crónicos. En definitiva, se potenció la atención especializada frente a la atención primaria, por tanto se tendió a un modelo curativo frente a un modelo preventivo.

Este planteamiento de la segunda etapa de la Dictadura ha tenido consecuencias también en la consolidación del sistema sanitario en la actualidad, las grandes infraestructuras hospitalarias fueron el centro del sistema y el concepto de salud integral para las personas se ha encontrado condicionado en la situación de partida.

B.1.6. Desde 1967 hasta la Constitución de 1978. La expansión de la S.S.

Una vez aprobada la LBSS, el 28 de diciembre de 1963, no se produce desarrollo normativo alguno, con lo que su impacto en la protección social es absolutamente nulo. En realidad, se produce un incumplimiento del plazo de dos años establecido para su articulación

normativa. Esta circunstancia obligó a que el decreto Ley 1/1966 de 12 de enero, prorrogara desde el 31 de diciembre de 1965 dicho plazo hasta el 30 de abril de 1966.

El régimen inicia a finales de los cincuenta y primeros de los sesenta un proceso de modernización económica y un intento de mejora de su imagen internacional. En este proceso es clave la incorporación de ministros del Opus Dei. Se les denominó tecnócratas y ocuparon paulatinamente carteras relevantes.

En 1957, se incorporan Mariano Navarro Rubio a la cartera de Hacienda y Alberto Ullastres en comercio. En la crisis de gobierno de 1962 repiten cartera los anteriores y se incorpora Gregorio López Bravo al frente del Ministerio de Industria. El 29 de octubre de 1969 las carteras que corresponden al Opus son Exteriores, cuyo titular será López Bravo; Vivienda con Vicente Mortes y Plan de Desarrollo con López Rodó.

Desde la entrada en el gobierno del Opus Dei se produjeron una serie de impulsos de modernización del régimen, motivados por un intento de mejorar la imagen internacional del régimen. Las pugnas de poder en el seno del régimen se saldaron en detrimento de los falangistas, cada vez menos influyentes y más enfrentados a los sectores emergentes del régimen, y por la permisividad del dictador hacia la mayor influencia del Opus y de sus ministros.

De esta manera, se producen en los inicios de los sesenta los primeros contactos con las incipientes Comisiones Obreras, germen de la organización sindical CCOO y fue mayor el grado de tolerancia del régimen hacia el movimiento obrero no alineado con la Dictadura.

El periodo no estuvo exento de retrocesos, represión, encarcelamientos políticos y respuestas desmedidas por parte de la Dictadura. Así, por ejemplo, la huelga minera de 1962 y sus coletazos en 1963, dio lugar a una fuerte represión por parte del régimen llegando incluso a detener y rapar el pelo a las mujeres de los mineros que habían participado en actos de protesta de apoyo a sus maridos.

Este hecho provocó la publicación de un manifiesto de condena firmado por intelectuales, algo absolutamente inédito en la dictadura.

En todo caso, el periodo de consolidación de Seguros Sociales y las mejoras sociales no tuvieron relación con la presión ejercida por el movimiento obrero que era realmente débil en España.

En 1966 se crea el Régimen Especial Agrario, que supone la incorporación de un sector muy importante de población a la Seguridad Social.

En ese mismo año, después de sendos obstáculos por los que atraviesa la Ley, se aprueba el texto articulado de la Ley de Bases de la Seguridad Social, a través del decreto 907/1966 y 909/1966, ambos de 21 de abril. Comienza su vigencia el 23 de abril de 1966, pero comienza a tener efectos el 1 de enero de 1967.

Con estos decretos se configuraba un Régimen General aplicable a los trabajadores por cuenta ajena de la industria y los servicios, y varios regímenes especiales. Se intenta dar coherencia y orden a esta nueva estructura consolidándose la partición entre Régimen General y regímenes especiales.

En efecto, la reglamentación del sistema hace distinguir entre un núcleo fundamental de Seguridad Social destinado a la protección de los trabajadores por cuenta ajena, y los regímenes especiales, que incorporan a personas excluidas del concepto de trabajador por cuenta ajena, tales como funcionarios o trabajadores autónomos. En el régimen especial

las prestaciones de los trabajadores incluidos en él, son diferentes de las previstas en el Régimen General.

Con posterioridad, se van creando nuevos regímenes o, en su caso, se van modificando otros existentes previamente. De esta manera, en 1970 se crea el régimen de artistas; en 1972 el de toreros; o en 1975 el de los escritores de libros.

Se modifican algunas regulaciones: el de trabajadores autónomos en la industria y los servicios con el Decreto 2530/1970 de 20 de agosto y la O.M. de 24 de septiembre de 1970, el régimen agrario con el Decreto 2123/1971 de 23 de julio, que aprueba el texto refundido de las Leyes 38/1966 de 31 de mayo y 41/1970 de 22 de diciembre.

Como parece lógico pensar, todas las transformaciones experimentadas en los distintos regímenes especiales tienen repercusión en su acción protectora.

Los regímenes agrario, de autónomos, ferroviarios, minería del carbón y del mar vieron ampliadas las coberturas de protección sin ninguna elevación de la contribución económica, es decir, por razones exclusivamente políticas.

Algunos autores, como Mercader Uguina (2007), han apuntado discrepancias entre la Ley de Seguridad Social (LSS) y la LBSS. Las principales divergencias se han subrayado en el alejamiento de la LSS de la financiación presupuestaria, lo que desemboca en la pérdida del objetivo distributivo que se proponía la Ley de Bases. Por otra parte, el objetivo de publicación se diluía por la falta de nitidez en cuanto a la gestión pública del modelo, en tercer lugar se señala las diferentes bases de cotización según la causa de la contingencia y las diferentes condiciones para la percepción de las prestaciones.

Lo cierto es que a partir de la LBSS se abre todo un camino de regulación normativa. En primer lugar los reglamentos generales, aprobados por decreto. Seguidamente las normas de aplicación y desarrollo, aprobadas a través de órdenes ministeriales. En tercer lugar, los reglamentos independientes desarrollando la LSS y, finalmente, los reglamentos delegados en materia de cotización.

En cuanto a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), la línea general fue la continuidad con el modelo asistencial del SOE. En efecto, se apostó por la coordinación de los subsistemas asistenciales, manteniendo la separación entre ASSS, la Administración Central y Administración Local.

Se atienden algunas exigencias históricas de los facultativos, como la eliminación del petitorio, se introduce el criticado ticket moderador de la compra de medicamentos y se explicita el objetivo de la puesta en marcha de la hospitalización médica, cuestión clave para el perfeccionamiento de las prestaciones del SOE.

Se incrementaron las retribuciones de los profesionales sanitarios, se mantuvo el sistema de cupos para facultativos y el pago de una cantidad fija por asegurado o beneficiario.

Es precisamente entre 1963 y 1967 cuando una comisión de 26 miembros redactó el I Plan de Desarrollo Sanitario (IPDS). La elaboración del plan adoleció de notables inconvenientes y dificultades, desde la ausencia de estadísticas fiables y completas hasta la dificultad para establecer un plan para un país deficitario en infraestructuras, y en inversión sanitaria y con unas condiciones de salud de la población alarmante para algunas enfermedades epidemiológicas.

Un año después, se elabora el II Plan de Desarrollo Sanitario (IIPDS), con objetivos más

ambiciosos que el anterior y con una LBSS ya en vigor.

La propuesta se resume en la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias, así como medidas complementarias en lo que se refiere a gastos de sostenimiento a los hospitales y medidas financieras para incentivar la construcción privada.

El sistema de Seguridad Social, cada vez con más cotizantes y con un nivel bajo en prestaciones, había acumulado grandes reservas que se utilizaron, bien para cubrir déficits de algunos regímenes especiales, bien para atender otras necesidades del Estado, como por ejemplo la financiación de una parte de las necesidades del Instituto Nacional de Industria.

En 1972 se mejoran las prestaciones por jubilación, desempleo e incapacidad laboral transitoria ajustando las cuotas a los salarios reales, así lo establece la Ley de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social.

El III Plan de Desarrollo Sanitario (IIIPDS) se elabora entre 1972 y 1975, apuntando hacia la reordenación y reforma de la sanidad.

En todo caso, los tres planes que se elaboraron, partieron de información deficiente y no realizaron una aportación significativa para la construcción de un moderno y sólido sistema sanitario.

La falta de información fiable y eficaz fue una constante hasta los ochenta, y una de sus consecuencias más importantes es la dificultad para elaborar una planificación adecuada. Pese a ello, durante un periodo elevado de años, se fueron tomando decisiones y se fue configurando una estructura institucional y material de recursos humanos y de infraestructuras. Muchas de las características del sistema nacen en este periodo, desde los ambulatorios y la organización asistencial en torno al mismo, hasta la cartilla sanitaria que ha pervivido hasta hace no mucho tiempo en el sistema.

B.1.6.a. Ley 24/1972, de 21 de junio de Reforma del Régimen General de la Seguridad Social.

El franquismo no impulsó una política de redistribución de rentas, a diferencia de los modelos europeos que entendieron las políticas sociales como redistribuidoras de riqueza. Los seguros sociales siguieron siendo contributivos y su financiación fue soportada por los trabajadores.

El crecimiento de los gastos de la Seguridad Social en relación al PIB fue acelerado, desordenado y sin estrategia. La LBSS de 1963, además de suponer una encrucijada de diversos intereses políticos y económicos de las distintas familias del régimen, desencadenó un importante desequilibrio financiero.

Las prestaciones fueron muy superiores a las cotizaciones, el déficit se cubrió con cargo a las reservas del sistema que fueron esquilmandose. Entre 1963 y 1972, los beneficios del sistema para las personas incorporadas eran a través de tres vías: Consumieron reservas anteriores de seguros profesionales, cotizaron menos de lo exigido por el sistema de reparto y percibieron cuantías superiores que lo correspondiente a su cotización.

Sin aportación pública, sin un sistema universal financiado con impuestos progresivos, con una amalgama de intereses de empresas mercantiles, mutualidades, desorden en la gestión, corruptelas, fraude y un interés político encaminado a ganar apoyos para el régimen, el sistema evidenció sus deficiencias en un periodo muy corto de tiempo.

En el I Congreso del mutualismo laboral, en 1971, se puso de manifiesto las deficiencias de la LSS en lo que se refiere a la regulación del modelo de cotización del mutualismo laboral y al régimen de pensiones porque a juicio de las mutualidades no tenía en cuenta las percepciones de los trabajadores (Decreto 56/1963 de 17 de enero).

A todo lo anterior, se sumaba que a finales de 1973 se vislumbraba un periodo de crisis económica. Varios parámetros apuntaban a ella: caída del PIB en un 2,5%, crecimiento del paro hasta alcanzar cifras entre 600.000 y 1.000.000 de parados, inflación, saldo negativo de balanza comercial.

En este sentido la Ley 24/1972, y su desarrollo normativo a través del Decreto 1646/72 de 23 de junio, intenta subsanar esta denuncia mediante la sustitución del sistema de bases tarifadas para el cálculo de las cotizaciones por el de bases reales que intentaba ajustarse a la percepción retributiva real de los trabajadores. Desde 1973 se revisó la adquisición de productos farmacéuticos. En 1975 el Presupuesto de la Seguridad Social se convirtió en un anexo de los Presupuestos Generales del Estado y se establece el control de la Intervención General del Estado y del Tribunal de Cuentas.

No se llega a realizar la revisión de las bases de cotización hasta 1979 con el RD 82/1979 de 18 de enero.

El segundo aspecto abordado por la Ley es la revalorización de las pensiones y la mejora de las prestaciones económicas. El artículo 3 establecía que *“la cuantía de las pensiones se determinará en función de la totalidad de las bases por las que haya efectuado la cotización durante los periodos que se señalen”*, se suprimen los periodos de carencia exigidos en los accidentes no laborales (art. 14), se reduce el porcentaje de disminución física en la calificación de la incapacidad permanente parcial desde un 66% hasta el 33%, se declaran imprescriptibles algunas pensiones (art. 16) y se incorpora como objetivo la actualización de pensiones.

La idea que subyace a toda la reforma de 1972, no es un cambio radical de modelo o de paradigma, todo lo contrario, su objetivo es reforzar las líneas maestras diseñadas por la LBSS.

Las consecuencias prácticas de esta ley fueron realmente escasas. La financiación de la Seguridad Social siguió recayendo en un 90% en los trabajadores, las transferencias del Estado fueron simbólicas.

En 1972, las prestaciones en materia de pensiones tenían un porcentaje de gasto del 28%, prácticamente idéntico al de asistencia sanitaria, pero en 1976 el gasto en pensiones se dispara hasta el 35%, mientras la asistencia sanitaria queda en un 31%; la prestación por desempleo se duplica y alcanza el 5,7%, y las prestaciones que disminuyeron considerablemente fueron la protección a la familia, que pasaron del 20% al 7%.

Por su parte, el gobierno de la Dictadura utilizó indebidamente los recursos de la Seguridad Social, afrontando gastos no incluidos en el carácter contributivo del sistema. Ya con anterioridad, había afrontado las inversiones en infraestructura hospitalaria con cargo a las reservas del sistema.

El siguiente hito normativo lo constituye el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, decreto 2665/1974 de 30 de mayo (LGSS). Refunde la LSS y la LRSS, aunque mantiene la estructura de esta última.

La crisis económica se había iniciado; el periodo de bonanza que surge con el plan de

estabilización, culmina y además el régimen entra en una crisis definitiva, con la muerte de Carrero Blanco y la enfermedad y muerte del dictador.

Se inicia la transición política con muchas dificultades políticas, sociales y económicas.

A partir de 1976 los niveles de crecimiento económico son muy reducidos, los beneficios empresariales caen y los salarios mantienen una tendencia creciente, lo que motiva una exigencia por parte de algunos sectores económicos de la aplicación de políticas de moderación salarial. Se elevó el paro y cayó el número de empleos de la economía. Por su parte, la inflación se mantuvo en niveles muy elevados, superiores en algunos periodos al 17%.

En lo que se refiere a la gestión del modelo, Freire Campos (2005) destaca las repercusiones de la LBSS en el sistema en cuatro ámbitos:

En primer lugar, la alta cobertura poblacional. Continúa incrementándose el porcentaje de población protegida, que llega hasta el 81,76% en el año en el que el pueblo español aprueba la Constitución que da fundamento a toda la legislación sanitaria posterior. Esta cuestión es relevante porque facilita enormemente la cuasi universalización posterior.

En segundo lugar, la incorporación de titulados superiores a la cobertura, cualitativamente supone un primer paso para desestigmatizar el sistema asimilado históricamente a los niveles de renta más bajos. Un sistema sanitario moderno es transversal en la cobertura a diferentes estratos de renta, y gana en legitimidad y en consolidación social.

En tercer término, mantiene la existencia de entidades colaboradoras que gestionan la asistencia sanitaria a los trabajadores, a cambio de reducciones en las cuotas a la Seguridad Social.

Por último, entre los colectivos que se encontraban sin cobertura sanitaria estaban los funcionarios, muchos de ellos carecían de asistencia sanitaria, otros acudían al aseguramiento privado o se cubrían sus riesgos a través de mutualidades. En 1975, se promulga la ley que encomienda la gestión del mutualismo administrativo a MUFACE (Mutualidad de los Funcionarios Civiles del Estado).

La primera aproximación consistió en encargar la prestación sanitaria a través del INP, este consideró que el colectivo de funcionarios era demasiado numeroso y que provocaría desequilibrios en el resto del sistema si se incorporaba, de manera, que finalmente se decidió que la asistencia sanitaria se concertase con entidades privadas. Con posterioridad, se permitió a los funcionarios elegir el proveedor de servicios sanitarios, bien privado o a través del INP.

MUFACE, MUGEJU (Mutualidad General Judicial) e ISFAS (Instituto Sanitario de las Fuerzas Armadas) se mantienen hasta la actualidad, de igual manera que las entidades colaboradoras.

A partir del Decreto 1558/77 de 4 de julio, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y se reorganizan diversos órganos de la Administración Central. Con esta reordenación se agrupan en un mismo epígrafe los centros dependientes de las anteriores Seguridad Social y Administración Central.

En el gráfico B.4 se observa entre 1973 y 1978 una disminución en el número de centros (de 278 si sumamos Administración Central y SS en 1973, hasta 261 en 1978). La Administración Local también ve disminuido su número de establecimientos, (en 1973

eran titulares de 210, hasta 189 en 1978) correspondiendo mayoritariamente el cierre a infraestructuras sanitarias dependientes de los Ayuntamientos, manteniéndose con pocas diferencias las correspondientes a las Diputaciones (Diputaciones de 112 a 107, en tanto que los Ayuntamientos de 98 a 82), siguiendo una evolución similar el número de establecimientos dependientes de otras instituciones de carácter privado, siendo la Iglesia Católica la que experimenta un mayor recorte en términos porcentuales (13,92%).

No obstante, si observamos el número de unidades de hospitalización de la Administración Central y la Seguridad Social han experimentado un incremento, igualmente ocurre con las unidades correspondientes a la iniciativa privada. Este hecho muestra una tendencia hacia la racionalidad y la economía en el gasto. (Tabla B.4).

Tabla B.4. Número de establecimientos sanitarios con régimen de internado según la entidad jurídica de quien dependen

	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Admón. Central	172	170	166	161	267	261
Sanidad y Seguridad Social	----	----	----	----	205	206
Seguridad Social	106	114	118	118	----	----
Admón. Local	210	207	207	197	197	189
Beneficencia particular	71	63	71	68	46	52
Iglesia católica	79	74	76	74	80	68
Cruz Roja	39	37	37	36	40	37
Particulares	604	591	577	570	542	556
Otros	4	5	5	5	19	4

Fuente: 1973-78. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado INE.

Tabla B.5. Camas por cada 1000 habitantes

	1974	1975	1976	1977	1978
Hospitales Generales	2,5	2,68	2,56	2,91	3,07
Hospitales especiales*	2,74	2,72	2,64	2,59	2,43

(*) Hospitales especiales: Quirúrgicos, maternidades, infantiles, psiquiátricos, antituberculosos, otros

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, INE

Tabla B.6. Enfermos ingresados por 1000 habitantes

	1974	1975	1976	1977	1978
Hospitales Generales	48,5	54,29	57,81	63,08	67,29
Hospitales especiales	28,51	26,53	27,55	26,03	23,12

Fuente: *Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. INE*

Por tanto, extraemos como conclusión que aumenta considerablemente el número de pacientes ingresados en los hospitales generales. Aumenta, de igual manera, el número de unidades de hospitalización, sin embargo, disminuye el número de establecimientos.

Tendencia contraria se observa en los hospitales especiales, que ven disminuir tanto el número de pacientes ingresados, como el número de unidades de hospitalización, aunque en su caso también se produce la disminución de centros abiertos.

En el sistema asistencial se observan algunos déficits, por ejemplo la asistencia en atención primaria se encontraba desbordada por la elevada ratio pacientes/médico y la dotación de camas por cada mil habitantes (4,60), convertían a la asistencia hospitalaria española en la peor equipada entre los países europeos. (Tabla B.7).

Tabla B.7. Número de habitantes por médico

Países	1960	1965	1970	1975
Alemania	704	690	614	518
Bélgica	746	699	645	568
Dinamarca	826	741	709	539
Francia	1.018	897	783	651
Italia	637	-----	553	503
Países Bajos	902	862	805	627
Reino Unido	877	833	775	731
España	865	809	746	600

Fuente: *Eurostat, Social Indicators 1960-1978 tomado de FOESSA (1983:837)*

A pesar de que la oferta médica creció de manera relativamente lenta entre 1960 y 1970, sin embargo si se mantuvieron tasas de crecimiento mayores entre 1970 y 1982.

Por su parte, como se indica en la tabla B.8, la cobertura creció el 47,20% de la que había en 1967 (de un 55,54% a un 81,76%).

Tabla B.8. Población protegida (1967-1978)

Año	Población protegida	% Incremento	% Población protegida
1967	18.200.000		55,54
1968	18.600.000	2,2	56,14
1969	19.393.000	4,26	57,91
1970	21.371.669	10,2	63,78
1971	23.952.000	12,07	70,01
1972	25.739.000	7,46	74,48
1973	28.019.781	8,86	80,27
1974	28.732.000	2,54	81,5
1975	28.989.823	0,9	81,41
1976	29.151.000	0,56	81,05
1977	29.355.000	0,7	80,8
1978	30.000.000	2,2	81,76

Fuente: Freire (2005)

Tabla B. 9. Financiación de la Seguridad Social, según el origen de los ingresos en millones de pesetas corrientes

Años	GastoTotal (incluida inversión)	Cuotas	Transferencias sector público	Otros ingresos
1975	588.599	557.623	27.339	18.965
1976	780.265	721.114	31.491	18.687
1977	1.049.654	993.963	30.108	18.262
1978	1.414.582	1.289.472	101.165	21.969
1979	1.772.497	1.570.248	146.021	25.858
1980	2.067.139	1.738.030	289.276	20.384
1981	2.533.697	1.975.064	416.058	40.747

Fuente: Contabilidad Nacional de España INE. Años 1975 a 1979; cuentas de las Administraciones Públicas en términos de Contabilidad Nacional. Ministerio de Hacienda. Años 1980 y 1981. Tomado de FOESSA (1983), p. 818

Tabla B.10. Financiación de la Seguridad Social según el origen de los ingresos en porcentajes

Años	Total	Cuotas	Transferencias sector público	Otros ingresos
1975	100	92,33	4,53	3,14
1976	100	93,5	4,08	2,42
1977	100	95,36	2,89	1,75
1978	100	91,28	7,16	1,56
1979	100	90,13	8,38	1,48
1980	100	84,88	14,13	0,99
1981	100	81,22	17,11	1,67

Fuente: Contabilidad Nacional de España INE. Años 1975 a 1979; cuentas de las Administraciones Públicas en términos de Contabilidad Nacional. Ministerio de Hacienda. Años 1980 y 1981. Tomado de FOESSA (1983:818)

B.1.7.-CONSOLIDACIÓN DEMOCRÁTICA: DESDE 1978 HASTA LA ACTUALIDAD

El cuarto periodo coincide con la consolidación democrática de España. Las circunstancias del país desde el punto de vista económico eran de crisis, crecimiento del desempleo y descontrol de la inflación. Desde el punto de vista político, inestabilidad y poca tradición democrática y de participación política y social. Por último, desde el punto de vista social, España era un país que miraba a Europa con una mezcla de ideal inalcanzable y de realidad a lograr.

En efecto, al finalizar 1982 la tasa de desempleo era del 16,4%, los precios estaban seis puntos por encima de la media europea, la balanza por cuenta corriente se había cerrado con un déficit de más de 4.000 millones de dólares (2,3% del PIB). En este contexto, el sector público absorbe muchas actividades económicas, de manera que el peso del gasto público pasó de ser el 24% en 1975 al 37% en 1982.

En este contexto, la prioridad consistía en asentar la democracia y lograr la salida de la crisis mediante el crecimiento económico. En definitiva, el ideal de la sociedad española era la homologación con las democracias europeas.

En cuanto a la previsión social, había una coincidencia generalizada entre los principales agentes políticos y sociales sobre la urgencia y necesidad de reformar el sistema de Seguridad Social. Las sucesivas reformas en los años inmediatos a la muerte del dictador suponían, en algunos casos, la continuidad en algunas líneas de organización del sistema y en otros casos, una reconstrucción sustancial del mismo.

Se elaboraron documentos que contribuyeron a generar y a ordenar el debate: el libro blanco de la sanidad (1977), el libro rojo (1980), el libro verde (1981) y el libro amarillo (1982).

Todos los grupos de interés a través de mecanismos diferentes hacen explícitas y defienden públicamente sus posiciones.

Desde los agentes sociales, la UGT evoluciona en sus planteamientos, pasando de

posiciones maximalistas de defensa de una reforma radical del sistema al inicio de la transición, a mantener en 1982 posiciones reformistas del modelo vigente. Su apuesta era la universalización y la expansión de prestaciones y calidad. CC.OO mantuvo un criterio claramente reformista de ampliación de servicios y beneficios a los trabajadores activos.

Por su parte la CEOE, principal organización de representación empresarial, desde una posición de cautela o sencillamente renuente a los cambios, defendió formalmente la elaboración de estudios previos a cualquier consideración de reforma.

En lo que se refiere a los partidos políticos, el partido del gobierno UCD mantenía programáticamente una ambigüedad de definición, con la defensa de principios generales y vagos como la mejora de la provisión de servicios, de la gestión y de la financiación. Quizá más concreta era su posición de acercamiento a los modelos europeos.

En lo que se refiere al sistema sanitario en concreto, el programa electoral, que llevó a la UCD a la victoria en las elecciones de 1979, incluía la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud. En segundo lugar, incluía un concepto de derecho a la salud que iba más allá del derecho a asistencia sanitaria, lo definía como un concepto integral al servicio de la persona. En tercer lugar, su apuesta por la libre elección de médico y por último, la mejora de la gestión basada en la libre competencia.

Después de su victoria electoral, encargó un proyecto de reforma que se vio plagado de dificultades:

De una parte, la convivencia de familias ideológicas muy diferentes en el seno del partido del gobierno, llevaba a posiciones enfrentadas en algunas cuestiones clave.

Por otro lado, y como consecuencia de la anterior, la indefinición y la incapacidad para formular una propuesta concreta en cuanto a modelo de financiación y de gestión se refiere.

Finalmente, el intento de proyecto quedó reducido a una mera declaración de principios e intenciones, y así lo entendió la mayoría de la sociedad española.

Por su parte, el PSOE y el PCE defendían la universalización y expansión del sistema público de previsión, en materia sanitaria un modelo integrado de servicios, regionalizado y con participación social. En resumen, un modelo unificado, público y gratuito. La diferencia entre ambos partidos era de matices en cuanto a la intensidad de los postulados. Fueron tachados de idealistas, utópicos y vagos en lo que se refiere a la concreción de la propuesta.

Por último, AP defendía un modelo continuista con la incorporación progresiva de las privatizaciones.

Desde el lado de los profesionales también se escucharon voces críticas con el sistema, más o menos compartidas por todo el colectivo médico.

Las consecuencias del franquismo sobre los profesionales sanitarios fueron la debilidad y la irrelevancia de estos en términos de influencia en la toma de decisiones, además de la dependencia total del Estado. Se introdujo en las facultades de medicina los *numerus clausus*, como consecuencia de la reducción del porcentaje de los médicos contratados por la Seguridad Social, que pasó del 83,5% al 55% en 1982.

Todas las reformas que se realizaron, redireccionaron la gestión del sistema. El libro blanco de la Seguridad Social analizó y criticó la multiplicidad de entidades gestoras que en

1977 se configuraba con: 78 entidades gestoras, 12 servicios comunes, 12 mutualidades y cajas de empresa, 185 mutuas patronales, 396 empresas en régimen de colaboración voluntaria o autoaseguramiento, además de otras gestoras de sectores laborales de regímenes especiales aún no regulados en ese momento.

El proceso reformista que se inicia en 1977 es complejo, no exento de críticas y con un balance final que arroja luces y sombras.

El instrumento de ordenamiento jurídico utilizado fue el RDL 36/1978, de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Se trata de una reforma impulsada desde un gobierno nacido de las urnas. Aborda la reforma de la Seguridad Social desde tres ópticas. En primer lugar, simplificación del número de entidades gestoras y racionalización de sus funciones; en segundo lugar, retorno al Estado de competencias como educación, empleo y servicios sociales que habían sido asumidas por la Seguridad Social de manera indebida, y en tercer lugar, el principio de caja única en todo el sistema de la Seguridad Social.

La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social está estrechamente vinculado al RDL 36/1978, que, por otra parte, crea tres entidades gestoras: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), sometidos a la unidad de caja desarrollando sus funciones en régimen descentralizado. La nueva arquitectura se completa con dos estructuras: la creación de la Tesorería General de la Seguridad Social, encargada de controlar y realizar la gestión económica y la fiscalización de la Seguridad Social, y el mantenimiento del Instituto Social de la Marina como gestor del régimen especial del mar.

Con el artículo 4 del RDL 36/1978, dejan de tener la condición de organismos de la Seguridad Social, el Servicio de Empleo y Acción Formativa, Promoción Profesional Obrera, servicio de Universidades Laborales y el Instituto Español de Emigración. Por último, se crea el Instituto Nacional de Empleo (INEM), adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La reforma recibió una fuerte contestación desde el ámbito político, se entendió como una pérdida en lo que a participación social en la gestión se refiere y que debía garantizarse en cumplimiento de los Pactos de la Moncloa. Desde el punto de vista técnico, la reforma ha sido calificada más como una redistribución interna de las competencias entre los distintos entes que como una nueva arquitectura institucional y funcional. Por último, en lo que se refiere a simplificación y unificación de organismos, la efectividad es parcial, si bien desaparecen algunos, cierto es que se crean otros nuevos.

Desde el punto de vista de los logros incuestionables, con el RDL 36/1978 se avanza en racionalidad del sistema.

El INSALUD se convierte, por tanto, en función de los Pactos de la Moncloa en el organismo que se ocupará de la asistencia sanitaria. Se aprovechaba con esta fórmula todo el conocimiento y la experiencia acumulada del INP a los nuevos gestores sanitarios.

Pero el proceso de reforma de Seguros Sociales y de la asistencia sanitaria respondió a un intento de síntesis de diversas posiciones que se fue ahormando durante algunos años el modelo.

El proceso de debate era abierto, esto representaba una novedad en una España que durante los cuarenta años anteriores de Dictadura, estaba acostumbrada a la toma de decisiones en un ámbito restringido compuesto por políticos del régimen y burócratas.

Dos obstáculos oscurecían la determinación de equiparar a España con los países del mercado común: la crisis económica, que imponía restricciones para el incremento del gasto público, que además tenía como principal urgencia atender a la prestación de un número cada día mayor de desempleados, y otras de carácter ideológico, esto es el cuestionamiento del Estado de Bienestar por algunos sectores políticos y económicos.

No obstante, el incremento de gasto social en España fue mayor que en el resto de los países europeos: entre 1975 y 1993, los países que posteriormente constituirán la Unión Europea, aumentaron su gasto social desde el 22% del PIB hasta el 28%. Por su parte España en el mismo periodo incrementó su gasto social desde el 11,66% hasta el 24% (Espuelas 2013:44).

Se produjo un aumento del gasto público en asistencia sanitaria muy importante entre la muerte del dictador y 1985, año previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad.

La diferencia con la media de la OCDE se reduce sin llegar a eliminarse la brecha de gasto sanitario en términos de porcentaje del PIB.(Tabla B.11).

Tabla B.11. Gasto Público en Asistencia Sanitaria como %PIB

País	1960	1975	1980	1985
España	1,2	3,6	4,3	4,3
OCDE	2,4	5,1	5,5	5,6

Fuente: OCDE

Aunque la necesidad de reforma del sistema de atención sanitaria se puso de manifiesto desde prácticamente todos los sectores (empresarios, sindicatos, administración, profesionales sanitarios y población), no era fácil ponerse de acuerdo con el modelo concreto y al tiempo, disponer de los recursos suficientes para llevarlo a cabo.

Las carencias fundamentales del sistema se aglutinaban en dos bloques: falta de información que impedía la eficaz planificación de los servicios y, en segundo lugar, el hecho de que el acceso a la cobertura de la población se realizaba con un alto déficit de equidad. Gran parte de la población con menos recursos se encontraba fuera del sistema, los que nunca habían trabajado con una relación contractual quedaban igualmente excluidos y algunos colectivos, como los autónomos, quedaban lejos de algunas contribuciones obligatorias.

Los Pactos de la Moncloa, en 1978, lograron unos acuerdos sociales de racionalización y transformación de la Seguridad Social a cambio de moderación salarial y liberalización del mercado de trabajo. Se experimentó un importante incremento en el gasto social.

Desde el punto de vista legislativo, tienen lugar dos grandes hitos, el primero de ellos es la Constitución de 1978, de hecho, toda la nueva era democrática tiene la Constitución como punto de partida. La Carta Magna establece no sólo un régimen de libertades, sino que también es el fundamento de la construcción de un moderno Estado de Bienestar.

El artículo 41 de la CE protege un régimen público integrado por “una determinada estructura protectora de los ciudadanos frente a situaciones de necesidad”. Se señala el carácter público de la Seguridad Social y en su desarrollo constitucional se destacan las siguientes características:

En primer lugar, la libertad de configuración del legislador, dicha libertad queda limitada por lo que establece el art. 41: *“un núcleo duro o reducto indisponible por el legislador”*.

En segundo lugar, la pluralidad de modelos de Seguridad Social. Lo que debe ser tutelado por imperativo constitucional es que no se pongan en cuestión los rasgos estructurales de la institución Seguridad Social.

En último lugar, el modelo de Seguridad Social puede coexistir con otros sistemas complementarios de carácter libre, aunque nunca podrán ser considerados equivalentes a aquél.

La CE establece en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, inspirándose en ese espíritu se promulga la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (LGS), que constituye el marco normativo básico sobre el que se ha construido la idea de sanidad que hoy conocemos.

Pero con todo ello, hasta 1986 no se produce la reforma sanitaria, cuatro años después de la llegada del Partido Socialista al gobierno. Ocho años se había retrasado la reforma. Entre las distintas causas, hay autores que destacan que cuando muere el dictador había un porcentaje muy elevado de población protegida por el sistema (81,41%). Sin duda, este hecho hizo retirar el foco de la urgencia de la reforma del sistema que se centró en la prestación por desempleo.

Se había promulgado numerosa legislación tendente a aumentar la cobertura de la Seguridad Social. El RD 2504/1980 establece la inclusión obligatoria en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) de los profesionales colegiados. A partir de esta normativa, desde 1981 gran parte de los colegios profesionales proceden a solicitar la integración de sus colectivos, con ello se produce una auténtica cascada de órdenes ministeriales que incluyen paulatinamente a personas pertenecientes a profesiones colegiadas.

Sobre esta legislación se va a sustentar en la década de los ochenta la legislación del seguro privado incorporando las mutualidades de previsión social. Es en 1995 con la Ley 30/1995 cuando se modifica de manera sustantiva la ordenación y supervisión de los seguros privados.

Los religiosos de la Iglesia Católica se incluyen en el régimen de autónomos con el RD 3325/1981 de 29 de diciembre, el RD 1427/1982 de 25 de junio y la OM de 19 de abril de 1983, esta ya con gobierno socialista, por su parte los clérigos se incluyen en el régimen general en virtud del RD 2398/1977.

No sólo aumentó el número de personas protegidas sino también la cobertura de la protección. Se incluyen dentro del RETA la prestación de incapacidad laboral transitoria, el acceso obligatorio se generaliza con el Decreto 1774/1978, de 23 de junio, desarrollado por la OM de 28 de julio de 1978 determinando que optarían *“en los mismos términos y condiciones establecidos en el Régimen General”*. Sin embargo, a partir de la Ley 21/1993 se volvió a la consideración de una mejora voluntaria. En lo que se refiere a la cuantía del subsidio de incapacidad laboral transitoria, se produce una reducción en 1980, que se completa con la Orden de 6 de abril de 1983.

En enero de 1984 a través de los RRDD 43, 44 y 45/1984 se declaran obligatorias las prestaciones que antes eran de carácter voluntario, teniendo como consecuencia la elevación de la presión contributiva (RD 46/1984).

Por su parte, la asistencia sanitaria se extiende a los representantes de comercio y a los escritores de libros.

En segundo lugar, la tardanza en ver la luz a la nueva Ley General de Sanidad está relacionada con el gran debate que se produjo acerca del modelo a determinar. Confrontaban dos visiones distintas de la sanidad. La visión de la izquierda política y los sindicatos médicos consistente en un sistema nacional de salud, universal, y financiado con impuestos y, por otro, el modelo defendido por el colectivo médico, tecnócratas y liberales de Seguros Sociales⁸⁷, financiado por las cotizaciones de los trabajadores, propugna la libertad de elección y la compatibilidad entre lo público y lo privado.

A principios de los ochenta, la sanidad española adolecía de una serie de problemas consecuencia, en una parte, de la arquitectura institucional del sistema: la tensión entre centralización y descentralización mal resuelta, la dispersión competencial, el peso determinante de los órganos gestores de la Seguridad Social en la regulación efectiva de la asistencia sanitaria, las mutuas de funcionarios o las propias mutuas de accidentes de trabajo, el desequilibrio entre la posibilidad de participación de facultativos y los pacientes en los organismos sanitarios y, en definitiva, un concepto de salud de márgenes más estrechos e identificado con la salubridad pública y no con un concepto más amplio e integral.

La LGS sin duda es un hito en el sistema sanitario español, pero quizá ha sido excesivamente mitificada. Se ha atribuido a la LGS la transformación del modelo de Seguridad Social profesionalista y de beneficencia en un Sistema Nacional de Salud (SNS), de tipo Beveridgiano, de cobertura universal, con financiación pública e inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, igualdad de acceso, equidad, solidaridad, descentralización, coordinación de la gestión y calidad de servicio. Pero la verdad es que no fue tan milagrosa, en realidad no produjo la transformación del modelo profesionalismo a uno cívico-universalista, prueba de ello es la pervivencia de las Mutualidades o la necesidad del RD 1088/89 para incorporar a los pobres de la Beneficencia en la ASSS. Tampoco el sistema garantiza la cobertura universal.

Señala Freire (2005) que el SNS nace como una definición conceptual, no se crea una nueva institución, por tanto en realidad lo que tenemos es la ASSS universalizada “de facto” no “de iure”.

Se integran en un sistema los recursos de la Seguridad Social y los provenientes de Salud Pública.⁸⁸

La Ley genera un debate en el trámite parlamentario en torno a algunas cuestiones:

a) En primer lugar, la universalización se transforma en la extensión de la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta dinámica de la ampliación de la cobertura es

⁸⁷ Landa Zapirain (1999) clasifica los sistemas europeos en tres tipos: Tipo A, sistemas no universales prestados por seguros de enfermedad pertenecientes a la Seguridad Social, Alemania, Bélgica y Suiza son el paradigma. Tipo B, sistemas nacionales de salud, financiados por impuestos y universales, países nórdicos, Italia desde 1978 o España desde 1986. Tipo C, sistemas mixtos, el sistema de Seguridad Social complementa la atención universalizada para atender los gastos extraordinarios debido a altas prestaciones, el paradigma es Holanda, también Luxemburgo. Landa Zapirain, J.P. “LA reforma de la sanidad pública y del régimen jurídico de su personal” colección de estudios CES, 1999

⁸⁸ El art. 44 de la LGS lo define como “el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas”.

heredada de los periodos anteriores, sin embargo se pierde la oportunidad de crear un derecho subjetivo para todas las personas.

En efecto, uno de los objetivos de la Ley es extender la asistencia sanitaria al total de los ciudadanos y, aunque no se legisla la cobertura universal, sí se alcanza de hecho en la práctica, llegando a estar cubierto por el aseguramiento público el 99,79% de la población española, cifra que se alcanza de manera gradual.

Freire indica que para lograr la prácticamente universalización de la cobertura, se toman tres tipos de medidas:

En primer lugar, la ampliación de la cobertura a nuevos colectivos, como por ejemplo, militares de la República, mutilados de la zona republicana o emigrantes retornados.

En segundo lugar, el hecho de que, al final de la década de los ochenta, se incluyen dentro de la cobertura a todos los censados en los padrones municipales de beneficencia.

Pero el salto cuantitativo lo supone una tercera medida: la ampliación del modelo de SS hasta su máxima posibilidad, incluyendo a parados, hijos mayores de 26 años o cónyuges separados. (Tabla B.12)

Tabla B. 12. Población protegida (1979-1991)

Año	Población protegida	% Incremento	% Población protegida
1979		-0,06	81,7
1980		1,4	83,1
1981		0,88	83,98
1982	32.170.421	0,53	84,51
1983	33.066.635	1,87	86,38
1984	35.867.008	6,81	93,19
1985	36.973.753	2,21	95,4
1986	37.347.688	0,7	96,1
1987	38.051.727	-0,13	95,97
1988	38.433.425	0,34	96,31
1989	39.452.805	-0,17	96,14
1990	38.788.595	1,87	98,01
1991	38.788.595	1,78	99,79

Fuente: Freire (2005)

b) La segunda de las cuestiones se refiere a la financiación pública del sistema. Matizado por el mantenimiento de una mínima financiación contributiva, en la situación actual la transferencia de la caja de la Seguridad Social no llega a alcanzar el 4%.

c) Se introduce un catálogo de derechos del paciente que, en definitiva, supone una fórmula de participación menos completa.

d) No se consigue la unificación del sistema sanitario, pero a cambio se avanza hacia una visión integral.

En definitiva, se consolida un sistema intervencionista, no estatalista, que deja un margen amplio a las Comunidades Autónomas para construir la naturaleza de sus servicios jurídicos y el diseño de sus áreas de salud.

De igual manera se va incrementando en este periodo las prestaciones por desempleo (Ley 31/1984), las pensiones de jubilación (en cumplimiento de los Pactos de la Moncloa RDL 44/1977) y la garantía de ingresos mínimos para personas con discapacidad (Ley 13/1982, de 7 de abril).

Las pensiones de invalidez se incrementan entre 1976 y 1985 de 713.107 hasta 1.459.383.

En lo que se refiere a la nueva arquitectura institucional, adquiere notoriedad el protagonismo de las Comunidades Autónomas, que no sólo cobran potestad legislativa en el desarrollo de la LGS, sino que también reciben las competencias de las Corporaciones Locales.

El proceso de transferencia competencial y de gestión desde la ASSS (INSALUD) a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ha durado 21 años (1981-2002) y durante gran parte del periodo el SNS estaba encarnado por el propio INSALUD ya que, a excepción de Andalucía y Cataluña que asumen las competencias sanitarias en 1981 y en 1984 respectivamente, en el resto del país no se habían producido aún. (Tabla B.13).

Tabla B.13. Proceso de traspasos de competencias sanitarias del INSALUD a las CCAA

Comunidades Autónomas	Real Decreto de Transferencia Competencial
Cataluña	RD 1571/1981, de 8 de julio
Andalucía	RD 400/1984, de 22 de febrero
Euskadi	RD 1536/1987, de 6 de noviembre
Comunidad Valenciana	RD 1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	RD 1679/1990, de 28 de diciembre
Navarra	RD 1680/1990, de 28 de diciembre
Canarias	RD 446/1994, de 11 de marzo
Asturias	RD 1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	RD 1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	RD 1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	RD 1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	RD 1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla La Mancha	RD 1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	RD 1477/2001, de 27 de diciembre
Baleares	RD 1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	RD 1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	RD 1480/2001, de 27 de diciembre

Sin embargo, no se crea una organización propia y diferenciada del Ministerio de Sanidad para visibilizar el SNS, como se había hecho, por ejemplo, en Suecia.

Una de las características del modelo es, no obstante, la exigencia de garantía por parte del

Estado de la unidad e igualdad básica de las prestaciones del sistema, mediante la coordinación y la inspección.

En lo referido a las prestaciones, lo más significativo es la inclusión en la ASSS de la Salud Mental, antes inexistente. La ASSS no disponía de centros psiquiátricos y en los ambulatorios, los especialistas eran de neuropsiquiatría.

El territorio se organiza en Áreas de Salud, donde el organismo central de dirección es el hospital general, que garantiza la asistencia especializada. El Área se encuentra subdividida a su vez en zonas básicas de salud, marco territorial relacionado con la atención primaria. Nace un nuevo concepto: el centro de salud que cubre la prevención, la promoción, curación y rehabilitación del sistema.

Posteriormente, la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986 (LGS), creaba la denominación Sistema Nacional de Salud (SNS), integrado por el INSALUD y los distintos Servicios Regionales de Salud (SRS).

El nuevo servicio sanitario conseguía indicadores de salud homologables a los países europeos como se puede observar en la tabla B.14:

Tabla B. 14. Evolución de la satisfacción con el estado de salud en países europeos (% población con buena salud sobre el total)(1987-2003)

Países/años	1987	1993	1995	1997	2001	2003
Finlandia	66,5	71,1	73,6	66,2	67,1	66,5
Italia	-	-	-	-	60,6	59,8
Países Bajos	80,5	78,2	78,7	78,3	77,9	77,4
España	68,5	68,8	67,1	68,9	69,8	68,3
Suecia	75,5	72,9	75,6	77,8	73,5	74,5
Reino Unido	-	76,2	76,4	74,6	74,3	74,5

Fuente: Cantarero (2007:707)

B.1.8. Un balance de cien años de historia

Los acontecimientos políticos, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, han sido fundamentales para entender la evolución del desarrollo de nuestro Estado de Bienestar y por ende de nuestro sistema sanitario.

En el último tercio del siglo XIX, se crea la Comisión de Reforma Social que da origen a una serie de instituciones que llevarán el protagonismo de la reforma social en España.

La realidad española era de una tardía industrialización y democratización, un incipiente movimiento obrero difícilmente movilizador y un sistema político bipartidista controlado por los caciques. Es decir, se configuraba un sistema ajeno a la democracia que impedía la presencia en la cámara legislativa de partidos políticos que representasen a las clases obreras. De esta manera, todos los pasos dados a resolver la tan traída “*cuestión social*” estaban impulsados por las posiciones ideológicas de las élites dominantes.

Por otra parte, la potencia del pensamiento religioso dejando a la beneficencia como único instrumento para dar solución al problema de la pobreza, anquilosaba el papel dinamizador del Estado.

Como resultado de todo esto, la nota característica de España durante el primer tercio del siglo XX es el escaso desarrollo de los seguros, tanto públicos como privados, así como el papel de las sociedades de socorros mutuos con pocos fondos y de reducida dimensión, por tanto con muchas dificultades para cubrir sus fines.

Pero no sólo es importante saber cuáles son las causas que impulsan la reforma social, es fundamental cómo se hace la misma y cómo se construye toda la arquitectura jurídica e institucional para comprender nuestro actual Estado de Bienestar. Es evidente que a medida que se va construyendo el edificio institucional, se dificulta cada vez más cualquier cambio de orientación posterior.

No es lo mismo iniciar el modelo asistencial sanitario en los años cuarenta con la cuarta parte de la población protegida, que hacerlo con el ochenta por ciento de la misma. La diferencia estriba en las resistencias tendenciales a los cambios, cuanto mayor es la población objeto de cobertura.

Por otra parte, el proceso de reforma social ha sido muy complejo, aunque ha tenido la ventaja de ser, por unas razones u otras, el denominador común de la mayoría de los programas de gobierno. Es decir, ha sido obra de muchos.

La historia de la reforma social y el desarrollo de políticas sociales ha estado marcada mayoritariamente por varias circunstancias:

En primer lugar, la toma de decisiones quedaba en manos de una minoría correspondiente a la élite política, de altos funcionarios y de grupos de influencia económica próximos al gobierno, de manera que en ocasiones la línea divisoria entre ambos grupos resultaba muy difusa.

En segundo lugar, la conexión e información acerca de los modelos europeos ha sido escasa, en muchos momentos, el único nexo ha sido la motivación del INP. Es un hecho relevante. En el mismo momento que la construcción del Estado de Bienestar europeo se desarrolla después de la II Guerra Mundial, en la España de la dictadura se producen desarrollos normativos que caminan en sentido contrario.

En tercer lugar, en España los escasos periodos de democracia han sido insuficientes para lograr la efectiva participación ciudadana y política en la toma de decisiones, además de restar legitimidad a los procesos de cambio. Otra consecuencia del déficit de procesos democráticos, ha sido que los debates sobre el modelo de Seguros Sociales, donde combatían diversas y poderosas razones económicas y políticas, se han desarrollado fuera de la arena pública y democrática, sin los controles y la información mínimamente exigibles.

Por otra parte, las reticencias de los presuntos beneficiarios, en ocasiones por la negativa a participar económicamente en la cotización, era el resultado de un sistema fiscal desdibujado e insuficiente para abordar una estructura de Seguridad Social y una asistencia sanitaria razonable según las necesidades del país.

El franquismo cae como una losa en el momento más inoportuno para el desarrollo de los Seguros Sociales en España. En efecto, la Dictadura retrasa el surgimiento de una Seguridad Social moderna, en tanto que en Europa ya se construían los sistemas

inspirados en el modelo Beveridge.

Una de las características de este periodo es el desorden y la falta de coordinación. Se produce la estatalización de algunos seguros gestionados por el INP, que desplaza a las empresas privadas. Al tiempo, se desarrollan con fuerza las mutualidades laborales, vinculadas al sindicato vertical y a Falange, resultando su funcionamiento al margen absoluto del INP. Incluso las propias mutualidades tenían un funcionamiento autónomo unas de otras.

Tenían un espíritu más propagandista del movimiento y de Falange que vocación de construcción de un sistema de Seguros Sociales.

Se retrasa la ordenación de los Seguros Sociales respecto a la política económica que en 1959 experimenta un viraje. Finalmente, la reforma se lleva a cabo en 1967, después de las luchas internas de las familias del régimen por el control de las importantes cantidades financieras que suponían los seguros.

La reforma adolece de deficiencias significativas, no era homologable a los países europeos. Su organización no era unitaria, tampoco su gestión y no había prácticamente transferencias del Estado al sistema, que era sostenido mayoritariamente por los trabajadores.

Es decir, el modelo conceptual de la España predemocrática no contemplaba desde ningún punto de vista el carácter redistributivo del sistema de Seguros Sociales. Ocurría todo lo contrario, se utilizaban las reservas generadas por el sistema durante los años de emigración y de pleno empleo para financiar a tipo de interés barato la política económica del franquismo. De hecho, el INI, el Estado o la construcción de hospitales se hizo, indebidamente, con cargo a las reservas del sistema.

En ese momento, Europa había iniciado la ruta de un sistema general, universal, redistribuidor de renta desde la imposición progresiva. España emprende el camino opuesto hacia un sistema Bismarckiano reducido y limitado.

Debido a esta desastrosa gestión, la reforma de 1963 (en la práctica 1967) no tardó en descapitalizar el sistema, de manera que el régimen se vio obligado, en 1972, a intentar corregir las deficiencias.

En definitiva, el franquismo deformó la Seguridad Social, creó vicios en la gestión difíciles de corregir en la democracia, tales como regímenes especiales, descoordinación, fraudes o una deficiente gestión económica.

En lo referente a nuestro actual sistema de salud, no es otra cosa que el resultado de la evolución de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) durante un periodo de sesenta años y de una dictadura que tomaba decisiones sin someterse a escrutinio público. Un sistema sanitario que es consecuencia también de una serie de iniciativas llevadas a cabo, que van desde la construcción de grandes infraestructuras hospitalarias concentradas geográficamente hasta el sistema de relación laboral con los facultativos.

El INP ha sido el vehículo que ha transportado el desarrollo de la sanidad pública en España. Hizo posible la colaboración entre instituciones e individuos poniendo los cimientos para la estructura de nuestro sistema de Seguridad Social

La Seguridad Social experimentó una enorme transformación entre los años 1977 y 1984, en todos sus aspectos esenciales: Organización, prestaciones, financiación y en su

naturaleza, creando una Seguridad Social universal, general y redistributiva.

Esta concepción democrática de la Seguridad Social, junto con una reforma tributaria de gran calado en 1978, permite el nacimiento en España del Estado de Bienestar, si bien con un retraso de cuarenta años respecto a los países del entorno.

En efecto, ha sido necesaria la llegada de la democracia, para establecer un sistema sanitario cuasi Servicio Nacional de Salud a través de dos grandes cimientos: la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986.

En la Transición se produce no sólo una ordenación del sistema, también es destacable la expansión de la cobertura y la ampliación de las prestaciones. Se produce, por primera vez en España, redistribución de renta a partir de la construcción de prestaciones sociales.

España llegó tarde a la democracia y por esa misma razón llegó tarde al Estado de Bienestar.

Las consecuencias de la Dictadura no sólo han redundado en el retraso en la industrialización, del comercio internacional, del funcionamiento democrático de las instituciones o del establecimiento del Estado de Bienestar. También deben medirse tales consecuencias en la manera en que han determinado las instituciones económicas, sociales y políticas una vez que acabó la dictadura.

El modelo económico español padece la marca de los errores del franquismo, de una masa empresarial que surgió al calor del régimen, de un modelo intensivo en mano de obra y que a pesar de las distintas reconversiones, sigue siendo muy sensible a las crisis económicas en materia de empleo. El modelo de Seguridad Social viene marcado por las estructuras y la organización de la Dictadura, en cuestiones como las infraestructuras hospitalarias, la resistencia de algunos sectores económicos. En definitiva, porque el modelo actual es una transformación profunda del preexistente, pero parte de él.

Como resumen de todo lo visto, podríamos definir las características del sistema sanitario español como las siguientes:

- 1.-La expansión progresiva, aunque lenta en la dictadura de la cobertura del sistema de seguridad social. Con vocación universalista a partir de 1982.
- 2.-La decisión de construir una red propia de provisión tanto de hospitales como de atención ambulatoria. Esto es un hecho único en la seguridad social europea.
- 3.-La puesta en marcha del sistema de residencia (MIR). Este es un elemento clave en la calidad de la medicina española actual.
- 4.-La reforma del INP con la creación del INSALUD y la racionalización del sistema por los pactos de la Moncloa.
- 5.-La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y su formación en sistema MIR supone otro salto cualitativo en la calidad de la medicina española.
- 6.-El proceso de descentralización que culmina en 2002 marca sin duda una característica esencial del sistema.
- 7.-La reforma de la atención extrahospitalaria de la Seguridad Social a partir de 1974.

El Estado de Bienestar ha venido de la mano de la Democracia en todos los países

Europeos, y eso es absolutamente evidente en España. Las necesidades económicas se han ido superando, así como la concepción minimalista de la acción de los poderes públicos. España fue capaz de incrementar notablemente su gasto social en un periodo breve de tiempo e inmerso en una profunda crisis económica con unas estructuras productivas poco desarrolladas y menos competitivas.

La Democracia articuló no solo un sistema de protección a la sociedad, sino que también se generó un gran pacto sobre cómo hacerlo sostenible. Se mejoró bruscamente el sistema de protección del franquismo tardío y además se hizo sostenible.

La reflexión a la que nos invita esta breve mirada en retrospectiva, es si realmente, como apuntan algunas voces, el sistema es insostenible por la extensión de la cobertura y la coyuntura económica de crisis o si es necesario un nuevo pacto que lo haga sostenible e incluso en el que se analice si ya se ha tocado techo en prestaciones.

De otra parte, sin Democracia no ha habido Estado de Bienestar, pero si se termina imponiendo el recorte en el Estado de Bienestar como única garantía de crecimiento económico, deberíamos reflexionar sobre las posibilidades reales de que eso haga resentirse a la Democracia.

Apéndice del Anexo I

Tabla Ap1. Series anuales de la población y del movimiento natural de la población española (1), (1858-2001)

Año	Cifras absolutas (miles)			Tasas brutas (por mil habitantes)			
	Nacimientos (2)	Defunciones	Matrimonios	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento Vegetativo	Nupcialidad
1858	546,2	433,9	113,4	35,2	28	7,2	7,3
1859	559	449	113,4	35,9	28,8	7,1	7,3
1860	573,5	429	126,5	36,7	27,4	9,3	8,1
1861	611,6	417,8	130,7	39	26,6	12,4	8,3
1862	607,1	430,7	128,7	38,5	27,3	11,2	8,2
1863	598,1	461,7	124,2	37,8	29,2	8,6	7,9
1864	621,5	499,5	126,3	39,2	31,5	7,7	8
1865	614,9	538,6	128,9	38,6	33,8	4,8	8,1
1866	611,7	463,7	132	38,3	29	9,3	8,3
1867	624,2	487,2	118,4	38,8	30,4	8,4	7,4
1868	579,6	548,7	111,7	35,9	34,1	1,8	6,9
1869	602,3	550,6	137,1	37,2	34,1	3,1	8,5
1870	598,3	512,2	103,8	36,8	31,6	5,2	6,4
1878	601,5	508,3	117,7	36,1	30,5	5,6	7,1
1879	601,1	511,5	110,8	35,8	30,5	5,3	6,6
1880	598,2	507,3	104,3	35,5	30,1	5,4	6,2
1881	629,6	511,8	107,9	37,1	30,2	6,9	6,4
1882	617	534,9	102,9	36,2	31,4	4,8	6
1883	610,7	559,6	106,2	35,6	32,7	2,9	6,2
1884	631,8	526,5	114	36,7	30,6	6,1	6,6
1885	629	657,7	110,2	36,3	38	-1,7	6,4
1886	638,2	509,6	110,7	36,7	29,2	7,5	6,4
1887	631,8	573,4	96	36,1	32,8	3,3	5,5
1888	640,2	529,5	98,7	36,4	30,1	6,3	5,6
1889	647,6	545,1	138,2	36,6	30,8	5,8	7,8
1890	615,5	577,5	141,8	34,7	32,5	2,2	7,9
1891	632,9	566	156,1	35,5	31,7	3,8	8,8
1892	645,4	554,3	151,4	36	30,9	5,1	8,5
1893	644,9	541,1	141,2	35,8	30,1	5,7	7,8

Cifras absolutas (miles)				Tasas brutas (por mil habitantes)			
1894	632,5	556,1	141,9	35	30,8	4,2	7,8
1895	636,1	527,2	140	35	29	6	7,7
1896	654,8	539,1	132,6	35,9	29,6	6,3	7,3
1897	625,2	520,2	128,7	34,1	28,4	5,7	7
1898	612,3	518,8	125,4	33,3	28,2	5,1	6,8
1899	632,6	533,1	156,1	34,2	28,8	5,4	8,4
1900	627,8	536,7	161,2	33,8	28,9	4,9	8,7

Tabla Ap2. Series anuales de la población y del movimiento natural de la población española (1). 1900-1935. Cifras absolutas (miles) Tasas brutas (por mil habitantes)

Año	Población Total (a 1 de julio)	Nacimientos	Defunciones	Matrimonios	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento Vegetativo	Nupcialidad
1900	18.566	627,8	536,7	161,2	33,8	28,9	4,9	8,7
1901	18.659	650,6	517,6	157,8	34,9	27,7	7,2	8,5
1902	18.788	666,7	488,3	163,9	35,5	26	9,5	8,7
1903	18.919	685,3	470,4	154,5	36,2	24,9	11,3	8,2
1904	19.050	649,9	486,9	145,5	34,1	25,6	8,5	7,6
1905	19.133	670,7	491,4	136,9	35,1	25,7	9,4	7,2
1906	19.316	650,4	499	138,5	33,7	25,8	7,9	7,2
1907	19.450	646,4	472	136,3	33,3	24,3	9	7
1908	19.585	658	460,9	141,4	33,6	23,5	10,1	7,2
1909	19.271	650,5	466,6	129,4	33	23,7	9,3	6,6
1910	19.858	647	456,2	139,5	32,6	23	9,6	7
1911	19.994	628,4	466,5	142,7	31,4	23,3	8,1	7,1
1912	20.128	637,9	426,3	143,8	31,7	21,2	10,5	7,2
1913	20.256	617,9	449,3	137,6	30,5	22,2	8,3	6,8
1914	20.398	608,2	450,3	133,7	29,8	22,1	7,7	6,6
1915	20.535	614,8	452,5	128,3	29,9	22	7,9	6,3
1916	20.673	599	441,7	136,7	29	21,4	7,6	6,6
1917	20.811	602,1	465,7	142,1	28,9	22,4	6,5	6,8
1918	20.950	612,6	695,8	141,4	29,2	33,2	-4	6,8
1919	21.091	586	482,8	167,4	27,8	22,9	4,9	7,9
1920	21.232	623,3	494,5	175,7	29,4	23,3	6,1	8,3
1921	21.411	648,9	455,5	165,2	30,3	21,3	9	7,7
1922	21.628	656,1	441,3	163,4	30,3	20,4	9,9	7,6
1923	21.847	662,6	449,7	157,5	30,3	20,6	9,7	7,2
1924	22.069	653,1	430,6	158,4	29,6	19,5	10,1	7,2
1925	22.292	644,7	432,4	159	28,9	19,4	9,5	7,1
1926	22.518	663,4	420,8	162,2	29,5	18,7	10,8	7,2
1927	22.747	636	419,8	159,3	28	18,5	9,5	7
1928	22.977	666,2	413	170,6	29	18	11	7,4
1929	23.210	653,7	407,5	168,8	28,2	17,6	10,6	7,3

1930	23.445	660,9	394,5	174	28,2	16,8	11,4	7,4
1931	23.675	649,3	409	175,2	27,4	17,3	10,1	7,4
1932	23.897	670,7	388,9	158,8	28,1	16,3	11,8	6,6
1933	24.122	667,9	394,8	148,2	27,7	16,4	11,3	6,1
1934	24.349	637,9	388,8	146,2	28,2	16	10,2	6
1935	24.579	632,5	384,6	150,6	25,7	15,7	10	6,1

Tabla Ap3. España, (1922-1935). Tasas de fecundidad por grupos de edad. Tasa bruta de reproducción (TBR) e Índice Sintético de Fecundidad (ISF)

Años	Grupos de edad							TBR	ISF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
1922	0,00582	0,06057	0,11373	0,09729	0,07523	0,03051	0,00549	1,9432	3,98162
1923	0,00596	0,06064	0,11384	0,09734	0,07426	0,03047	0,00542	1,9126	3,91881
1924	0,00575	0,05881	0,1095	0,09549	0,07364	0,0297	0,00578	1,8934	3,87947
1925	0,00559	0,05937	0,10674	0,09297	0,07115	0,02862	0,00474	1,818	3,72498
1926	0,00607	0,06181	0,10743	0,09444	0,0708	0,02854	0,00485	1,8455	3,78133
1927	0,00547	0,05715	0,10289	0,09011	0,06836	0,02837	0,00457	1,7846	3,65665
1928	0,0058	0,06143	0,10683	0,09123	0,06847	0,02888	0,00465	1,8365	3,76289
1929	0,00585	0,05996	0,10468	0,08729	0,06643	0,02791	0,00445	1,7829	3,65306
1930	0,00595	0,06009	0,10216	0,08925	0,06595	0,02783	0,00436	1,778	3,64302
1931	0,00609	0,05915	0,1007	0,08534	0,06306	0,02682	0,00427	1,7272	3,53893
1932	0,00584	0,0616	0,10413	0,08603	0,06338	0,02616	0,00431	1,7573	3,60061
1933	0,00581	0,06135	0,10074	0,08569	0,06236	0,0261	0,00441	1,7323	3,54948
1934	0,00566	0,05819	0,09692	0,08127	0,05659	0,02404	0,0041	1,6339	3,34776
1935	0,00545	0,05762	0,09433	0,07875	0,05877	0,02277	0,00381	1,5975	3,27328

Fuente: INE

Tabla Ap4. Series anuales de la población y del movimiento natural de la población española durante el franquismo

Año	Cifras Absolutas (miles)				Tasas brutas (por mil habitantes)			
	Población total (a 1 de julio)	Nacimientos	Defunciones	Matrimonios	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento natural	Nupcialidad
1940	25757	627,8	424,9	215,8	24,4	16,5	7,9	8,4
1941	25979	507,8	484,4	189,5	19,6	18,6	1	7,3
1942	26182	527,7	384,7	187,5	20,2	14,7	5,5	7,2
1943	26387	603,4	349	174	22,9	13,2	9,7	6,6
1944	26594	598,7	345,7	187,7	22,5	13	9,5	7,1
1945	26802	618	327	192,5	23,1	12,2	10,9	7,2
1946	27012	578,9	348,1	202,5	21,4	12,9	8,5	7,5
1947	27223	582,1	325,3	224,7	21,4	12	9,4	8,3
1948	27437	634,9	299,8	213,9	23,1	10,9	12,2	7,8
1949	27651	595,1	316,3	196,6	21,5	11,4	10,1	7,1
1950	27868	559	301	209	20	10,8	9,2	7,5
1951	28086	561,2	322,3	209,8	20	11,5	8,5	7,5
1952	28332	586,3	271,7	219,1	20,7	9,6	11,1	7,7
1953	28571	582,7	273,6	216,9	20,4	9,6	10,8	7,6
1954	28812	571,6	259,9	229,2	19,8	9	10,8	8
1955	29056	592,2	269,3	235,9	20,4	9,3	11,1	8,1
1956	29301	601,5	285,5	256,4	20,5	9,7	10,8	8,8
1957	29548	639,5	289,6	250,7	21,6	9,8	11,8	8,5
1958	29798	646,2	255,9	251,7	21,7	8,6	13,1	8,5
1959	30049	647,2	264,5	242,8	21,5	8,8	12,7	8,1
1960	30303	654,5	262,3	236,9	21,6	8,7	12,9	7,8
1961	30592	645,6	256,4	237,3	21,1	8,4	12,7	7,8
1962	30917	649,7	271,4	235,9	21	8,8	12,2	7,6
1963	31246	662,5	275,5	236,7	21,2	8,8	12,4	7,6
1964	31578	688,7	267	232,5	21,8	8,5	13,3	7,4
1965	31913	667,7	267,4	227,5	20,9	8,4	12,5	7,1
1966	32253	661,7	269,7	229,8	20,5	8,4	12,1	7,1
1967	32595	672	274	232,6	20,6	8,4	12,2	7,1

1968	32942	659,7	277,4	231,5	20	8,4	11,6	7
1969	33292	658,9	297,2	239	19,8	8,9	10,9	7,2
1970	33646	656,1	280,2	247,5	19,5	8,3	11,2	7,4
1971	34216	664,8	302,9	253,5	19,4	8,9	10,6	7,4
1972	34572	665,6	280,2	262,5	19,3	8,1	11,1	7,6
1973	34921	666,3	296,5	269	19,1	8,5	10,6	7,7
1974	35288	682	295,3	267,2	19,3	8,4	11	7,6
1975	35688	669,4	298,2	271,3	18,8	8,4	10,4	7,6

Fuente: Nicolau, R. Población, salud y actividad. En estadísticas Históricas de España. Vol I. Fundación BBVA.

Tabla Ap5. Índices sintéticos de fecundidad durante el franquismo. Tasa bruta de reproducción (TBR) e Índice sintético de fecundidad (ISF)

Año	TBR	ISF
1940	1,49	3,05
1941	1,19	2,96
1942	1,22	2,5
1943	1,39	2,85
1944	1,37	2,8
1945	1,4	2,87
1946	1,31	2,68
1947	1,29	2,64
1948	1,39	2,85
1949	1,29	2,64
1950	1,2	2,46
1951	1,2	2,46
1952	1,24	2,54
1953	1,23	2,52
1954	1,21	2,48
1955	1,25	2,56
1956	1,26	2,58
1957	1,34	2,75
1958	1,36	2,79
1959	1,35	2,77
1960	1,36	2,79
1961	1,34	2,75
1962	1,36	2,79
1963	1,4	2,87
1964	1,47	3,01
1965	1,41	2,89
1966	1,42	2,91
1967	1,44	2,95
1968	1,41	2,89
1969	1,4	2,87
1970	1,38	2,83

1971	1,39	2,85
1972	1,38	2,83
1973	1,37	2,8
1974	1,4	2,87
1975	1,35	2,77

Fuente: Nicolau, R. Población, salud y actividad. En Estadísticas Históricas de España. Vol I. Fundación BBVA.

Tabla Ap6. Series anuales de la población y del movimiento natural de la población española

	Cifras Absolutas (miles)			Tasas Brutas (por mil habitantes)			
	Población Total	Nacimientos	Defunciones	Matrimonios	Natalidad	Mortalidad	Nupcialidad
1976	36.118	677,5	299	261	18,8	8,3	7,2
1977	36.564	656,4	294,3	262	18	8	7,2
1978	36.971	636,9	296,8	258,1	17,2	8	7
1979	37.289	602	291,2	246,3	16,1	7,8	6,6
1980	37.527	571	289,3	220,7	15,2	7,7	5,9
1981	37.741	533	293,4	202	14,1	7,8	5,4
1982	37.944	515,7	286,7	193,3	13,6	7,6	5,1
1983	38.123	485,4	302,6	196,2	12,7	7,9	5,1
1984	38.279	473,3	299,4	197,5	12,4	7,8	5,2
1985	38.420	456,3	312,5	199,7	11,9	8,1	5,2
1986	38.537	438,8	310,4	207,9	11,4	6,1	5,4
1987	38.632	426,8	310,1	215,8	11	8	5,6
1988	38.717	418,9	319,4	219	10,8	8,3	5,7
1989	38.792	408,4	324,8	221,5	10,5	8,4	5,7
1990	38.851	401,4	333,1	220,5	10,3	8,6	5,7
1991	38.935	396	337,7	218,1	10,2	8,7	5,6
1992	38.055	396,7	331,5	217,5	10,2	8,5	5,6
1993	39.167	385,8	339,7	201,5	9,9	8,7	5,2
1994	39.263	370,1	338,2	199,7	9,5	8,6	5,1
1995	39.345	363,5	346,2	200,7	9,3	8,8	5,1
1996	39.426	362,6	351,4	194,1	9,2	8,9	4,9
1997	39.520	369	349,5	196,5	9,4	8,9	5
1998	39.649	365,2	360,5	207	9,3	9,1	5,2
1999	39.843	380,1	371,1	208,1	9,6	9,4	5,3
2000	40.169	397,6	360,4	216,5	9,9	8,9	5,3
2001	40.614	406,4	360,1	208,1	10	8,8	5,1
2002 (1)	41.837	418,8	368,6	211,5	10,1	8,8	5,1
2003	42.717	441,9	384,8	212,3	10,4	9,1	5
2004	43.197	454,6	371,9	216,1	10,6	8,6	5
2005	44.108	466,4	387,4	209,4	10,7	8,8	4,8

2006	44.708	483	371,5	207,8	10,9	8,3	4,6
2007	45.200	492,5	385,4	204,8	10,9	8,5	4,5
2008	46.157	519,8	386,3	197,2	11,3	8,4	4,3
2009	46.745	495	384,9	177,1	10,7	8,3	3,8
2010	47.021	486,6	382	170,4	10,4	8,2	3,6
2011	47.190	472	387,9	163,3	10,1	8,3	3,5
2012	47.265	454,6	403	168,6	9,7	8,6	3,6

Fuente: Nicolau, R.: *Estadísticas históricas de España. Vol I. Fundación BBVA, 2005. (1) A partir de 2002, estimaciones del INE*

Tabla Ap7. Movimiento migratorio exterior. Migración asistida europea y transoceánica

		Migración asistida europea		Migración asistida transoceánica			
Año	Emigrantes permanentes y temporales	Emigrantes de Temporada (1)	Emigración Total a Europa	Retornos desde Europa	Emigrantes Transoceánicos	Retornos Transoceánicos	Saldo Migratorio Transoceánico
1976	12124	97279	109403	73900	3372	1248	-2124
1977	11336	83714	95050	64500	3186	1086	-2100
1978	11993	94978	106971	52000	3628	724	-2904
1979	13019	103777	116976	35900	4180	709	-3471
1980	14065	93531	107596	19242	3348	1017	-2331
1981	15063	90338	105401	14299	5787	1062	-4725
1982	15144	88215	104359	15067	7325	2116	-5209
1983	19282	78945	98227	14715	6566	3425	-3141
1984	17603	70237	87840	14263	7464	4517	-2947
1985	17089	66151	83240	13420	3722	4174	452
1986	15996	60559	76555	14265	2359	4693	2334
1987	15343	57002	72345	13953	1918	7237	5319
1988	14603	49926	64529	14484	1533	8400	6867
1989	13959	39955	53914	14751	1186	10975	9789
1990	11255	32100	43355	14363	789	14815	14026
1991	8368	25240	33608	15328	781	9998	9217
1992	4071	10407	14478	22467	1960	9744	7784
1993	2297	5087	7384	13418	1138	7567	6429
1994	1874	4358	6232	13487	350	6940	6590
1995	1795	6018	7813	12918	341	7669	7328
1996	1219	6618	7837	16613	310	12556	12246
1997	810	7630	8440	16297	326	11150	10824
1998	660	4954	5614	17615	310	12556	12246
1999	645	5641	6286	20201	207	15221	15014
2000	650	4503	5153	20685	148	23853	23705
2001	639	5801	6240	20733	105	27055	26950

1.- La emigración asistida a Europa empezó a registrarse en 1961 y se clasifica en permanente cuando la estancia en el extranjero es superior a un año, temporal, entre 3 meses y 1 año, y de temporada inferior a 3 meses.

Fuentes: Ministerio de Trabajo, *Estadísticas de emigración española, 1960-1967. Emigración española asistida 1968-1980. Datos estadísticos sobre la emigración española 1981 y Anuario de migraciones (años 1992-2002)*. También en INE

Fuente: Nicolau, R.. *Estadísticas históricas de España, Vol. I. Fundación BBVA, 2005*

