

Un siglo de previsión social en España

Ana M. Guillén

El sistema de previsión social español puede caracterizarse hasta hace escasamente una década como un sistema dirigido a los trabajadores y a las personas dependientes de ellos, financiado principalmente con contribuciones y muy fragmentado en términos de organización y gestión. Aunque en la actualidad se aproxima a la cobertura universal, el Estado del Bienestar español se ha construido de una forma *incremental*, a pesar de que dicha construcción se ha producido en un contexto más amplio de desarrollo político y socioeconómico desigual.

Este artículo persigue analizar la construcción del sistema de seguridad social¹ español, desde sus orígenes a fines del siglo XIX hasta el presente. Está dividido en dos partes. La primera consiste en la descripción de los principales programas sociales y episodios de reforma que se fueron sucediendo durante este siglo, junto con un análisis del modelo macro-institucional² que establecieron. Las cuestiones que se tratan en la segunda sección se relacionan con el carácter omnipresente del modelo profesionalista y su superación parcial durante la última década. Con el fin de valorar estos procesos, se señalan los actores que han tomado parte en los procesos de decisión. Asimismo, se tiene

¹ Con el término seguridad social me refiero al sistema público de garantía de ingresos, atención sanitaria y servicios sociales personales.

² El diseño macroinstitucional de un sistema de bienestar puede definirse atendiendo a cuatro dimensiones: *a*) quién provee las prestaciones: el Estado, el mercado o una combinación de ambos; *b*) cómo se financia el sistema; *c*) cuál es el principio político que define quién está cubierto (trabajadores, ciudadanos), y *d*) quién está a cargo de la gestión y administración del sistema.

en cuenta el contexto económico, político y cultural en el que se toman las decisiones, puesto que estos contextos mediatizan las políticas, unas veces acortando y otras alargando la lista de opciones posibles a adoptar por los decisores públicos.

1. De la libertad subsidiada al Estado del Bienestar (1875-1995)

Durante el primer tercio del siglo XX, es decir, desde la introducción de la primera legislación de previsión social relativa a la responsabilidad del empresario ante los accidentes de trabajo (1900) hasta el comienzo de la Guerra Civil en 1936, la mayoría de los programas de previsión social en España fueron de tipo voluntario, estimulados por el Estado a través de subsidios y, en todos los casos, dirigidos a los trabajadores industriales de bajos ingresos. La principal institución social, el Instituto Nacional de Previsión (INP), fue creada en 1908³. El principio básico que conformaba la nueva institución se definía como «libertad subsidiada». El INP podía delegar sus competencias administrativas en entidades privadas, lo que condujo a una incipiente fragmentación del sistema, que crecería significativamente durante el régimen franquista.

Durante el período que va de principios de los años veinte hasta mediados de los treinta, incluyendo la dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República, tuvieron lugar pocos avances en previsión social, con la excepción de la disposición adoptada en la Constitución republicana de que era responsabilidad del Estado crear un sistema plenamente desarrollado de seguros sociales obligatorios⁴. Esta primera afirmación del papel del Estado como proveedor social representa un

³ En 1883 se creó la Comisión de Reformas Sociales, que dio lugar al establecimiento del Instituto de Reformas Sociales en 1903. Esto último supuso la institucionalización de la reforma social, conduciendo a la aparición del Instituto Nacional de Previsión. Un detallado análisis de las medidas de previsión social aprobadas durante este período inicial o de despegue del Estado del Bienestar español se puede encontrar en Felieiano MONTERO, *Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, 1988, así como en Ana M. GUILLÉN, «The Emergence of the Spanish Welfare State (1876-1923): The Role of Ideas in the Policy Process», *International Journal of Political Economy*, verano de 1990, pp. 82-96.

⁴ Sobre el desarrollo de la política social durante la Dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República, véanse J. CUESTA BUSTILLO, *Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración*, Madrid, 1988, y M. SAMANIEGO BONEU, *La unificación de los seguros sociales a debate. La Segunda República*, Madrid, 1988.

momento decisivo hacia la previsión pública, en el sentido de que no fue cuestionado más tarde. Los políticos republicanos intentaron establecer un sistema unificado de seguros sociales, pero el proyecto legal no fue sometido al Parlamento hasta poco antes del comienzo de la Guerra Civil en 1936. Como resultado, hasta ese momento solamente tres riesgos sociales venían a ser objeto de los programas de seguros obligatorios, a saber, jubilación (1919), maternidad (1926) y accidentes de trabajo (1932), dejándose el resto de las contingencias a la previsión voluntaria o privada, subsidiada sólo parcialmente por el Estado⁵. El sistema había alcanzado, pues, un escaso nivel de desarrollo en términos comparativos⁶.

El Régimen franquista (1939-1975) puede dividirse en dos períodos diferentes desde el punto de vista de las condiciones económicas, políticas y sociales. El primer período abarca hasta el final de los años cincuenta y el segundo finaliza con la muerte de Franco en 1975. Esta división cronológica es también útil para el estudio de la política social, dado que coincide con el cambio desde el sistema de seguros sociales, que alcanzó su cima durante los años cuarenta y cincuenta, al sistema de seguridad social, que comienza a mediados de los años sesenta (v. cuadros I y II).

En lo que se refiere a las pensiones de jubilación, en 1939 se introdujo un Subsidio de Vejez e Invalidez. Este nuevo programa sustituyó al creado dos décadas antes. Establecía pensiones de cuantía fija para trabajadores de bajos ingresos de más de sesenta y cinco años, y también para incapacitados de más de sesenta, y debía ser financiado por los empresarios y el Estado. El Subsidio de Vejez se convirtió en el Seguro de Vejez e Invalidez (SOVI) en 1947, manteniendo parecidas características. A mediados de los cincuenta, se introdujo una nueva disposición para viudas ancianas.

⁵ En 1925, solamente 400.000 personas, de una población total de 22 millones, estaban protegidas por sociedades privadas de ayuda mutua (*Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, 1977, p. 21).

⁶ P. FLORA y J. ALBER -«Modernization, democratization, and the development of welfare states in Western Europe», en P. FLORA and A. HEIDENHEIMER (eds.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, Brunswick, NJ, 1981, p. 59)- ofrecen un registro de las fechas en las que fueron introducidos diversos seguros voluntarios y obligatorios en doce países europeos. La comparación de estas fechas con España evidencia el retraso comparativo.

CUADRO 1

**Primer período de desarrollo del Estado
del Bienestar en España: los seguros sociales (1876-1963)**

Restauración (1876-1923)

1883	Comisión de Reformas Sociales.
1990	Ley de Accidentes del Trabajo.
1903	Instituto de Reformas Sociales.
1908	Instituto Nacional de Previsión. Aseguramiento voluntario.
1919	Seguro Obrero Obligatorio *.
1920	Ministerio de Trabajo.

Dictadura de Primo de Rivera (1923-1932)

1929	Seguro Obligatorio de Maternidad (puesto en práctica a partir de 1931).
------	-------------------------------------------------------------------------

Segunda República (1931-1936)

1932	Propuesta para la creación de un sistema unificado y obligatorio de seguros sociales que cubrieran todas las contingencias. El inicio de la Guerra Civil impide su puesta en práctica. Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo.
1936	Se aseguran algunas enfermedades profesionales.

Guerra Civil (1936-1939)

1937	Subsidio Familiar, convertido en el Plus Familiar en 1942.
------	------------------------------------------------------------

Dictadura franquista I (1939-1963)

1939	Seguro Obrero de Vejez e Invalidez *.
1942-43	Seguro Obligatorio de Enfermedad *.
1944	Mutualidades Laborales.
1953-62	Se crean regímenes especiales para distintas categorías de trabajadores (estudiantes, servicio doméstico, trabajadores autónomos).
1960	Los trabajadores autónomos pueden incorporarse a las mutualidades laborales.
1961	Seguro Nacional de Desempleo: el aseguramiento se extiende a todas las enfermedades profesional.

* Dirigidos a los trabajadores industriales con bajos niveles salariales.

El crecimiento y desarrollo del SOVI se ralentizó con la creación de una institución muy peculiar en el sistema de seguros sociales español, a saber, las mutualidades laborales. Las mutualidades podían incluir trabajadores de una rama industrial o de servicios en el ámbito nacional o provincial, o incluso trabajadores de una única empresa. Fue precisamente en el momento de creación del SOVI, en 1947, cuando las mutualidades laborales, que proporcionaban básicamente los mismos beneficios, empezaron a incrementar su actividad bajo la protección del Ministerio de Trabajo. El proceso de desarrollo de las mutualidades condujo al establecimiento de una estructura doble y concurrente en la administración de las prestaciones ⁷. Desde 1960 en adelante, los trabajadores autónomos pudieron incorporarse también a las mutualidades laborales ⁸.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se introdujo en 1942. La red de atención sanitaria de Beneficencia y la organización de salud pública fueron reestructuradas durante los años cuarenta, pero no se hizo ningún intento de integrar todas las redes públicas de atención sanitaria hasta mediados de los ochenta. El SOE estaba concebido de una manera muy limitada, tanto por la población que cubría como por el abanico de prestaciones (servicios y transferencias económicas) que ofrecía. El programa estaba dirigido a trabajadores de bajos ingresos y a sus dependientes. En 1960 el sistema cubría a trece millones de personas, esto es, el 44 por 100 de la población total ⁹. Los afiliados tenían derecho a una atención sanitaria muy restringida que incluía sólo atención primaria, medicación gratuita de una lista cerrada (el Petitorio) y hospitalización temporalmente limitada para cirugía. La financiación era tripartita (empleados, trabajadores y el Estado) y los servicios se proveían bien directamente desde el Instituto Nacional de Previsión o indirectamente a través de la colaboración con entidades privadas y otras entidades con las que se establecían conciertos.

En 1947 comenzaron a asegurarse algunas enfermedades profesionales, pero no fue hasta 1963 cuando el programa se extendió a todas ellas. En el campo de la política familiar, la actividad comenzó ya durante la Guerra Civil, en 1937, con la creación del Subsidio Familiar para

⁷ En 1949, los aspectos administrativos y técnicos de los seguros sociales fueron unificados. Además se intentó lograr una coordinación parcial con el mutualismo laboral.

⁸ RULL SABATER, *La Seguridad Social en España*, Madrid, 1971, p. 117.

⁹ José BAREA, «La asistencia sanitaria pública», *Economistas*, núm. 35, 1988, pp. 262-263.

trabajadores dependientes. Este programa no establecía restricciones de ingresos. En 1942 se creó otro programa, el Plus Familiar, que era administrado de forma independiente en cada empresa por un comité de trabajadores y era financiado por los empresarios. Más que un programa de seguros, el Plus Familiar era un complemento salarial. El Seguro Nacional de Desempleo se estableció mucho más tarde, en 1961 ¹⁰.

En suma, durante las dos primeras décadas del franquismo, el sistema de seguros sociales ofrecía un conjunto restringido de servicios a una pequeña proporción de la población. Los seguros coexistían con el entramado de mutualidades laborales, lo que daba lugar a duplicaciones, a dificultades para la administración y al derroche de recursos. Desde el lado de la oferta, el modelo establecido era contributivo, basado en las aportaciones de los empresarios y trabajadores.

Dos fueron las principales reformas que tuvieron lugar en la esfera de la política social durante los años sesenta y principios de los setenta: La Ley de Bases de la Seguridad Social (LB), que puede considerarse como un hito decisivo en la evolución de la política social, y la reforma de 1972, la Ley de Financiación y Perfeccionamiento (LFP). La LB fue aprobada en 1963, pero no fue hasta 1967 cuando empezó a ponerse en práctica ¹¹. Unificaba los seguros preexistentes en una única institución, la Seguridad Social, y eliminaba la condición de bajos ingresos para acceder al sistema. No obstante, la Seguridad Social se mantuvo dirigida a la protección de los trabajadores y sus dependientes y su financiación continuó basándose en las contribuciones de los afiliados. Las transferencias del Estado siguieron siendo escasas, a pesar de la intención declarada de la LB de aumentarlas. La reforma de 1963 condujo a la consolidación de un sistema sumamente fragmentado que consistía en un régimen general para trabajadores dependientes y varios regímenes especiales para otras categorías profesionales. La LB también mantuvo la división de la administración entre la Seguridad Social y las mutualidades laborales, consolidando, de esta manera, la polarización del sistema entre estas dos amplias redes institucionales.

En cuanto al sistema de atención sanitaria, la LB no condujo a cambios en su estructura organizativa. Sin embargo, la atención espe-

¹⁰ Un seguro previo, dirigido al desempleo causado por la introducción de innovaciones tecnológicas, estaba en funcionamiento desde 1954.

¹¹ Un análisis detallado de la reforma de 1963 se puede encontrar en M. ALONSO OLEA, *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid, 1970.

cializada y la hospitalización clínica se incluyeron entre los servicios ofertados, junto con la supresión de la lista cerrada de medicamentos. Además, la inversión en infraestructuras fue la más notoria de toda la historia del sistema de asistencia sanitaria pública. Otras medidas de política social emprendidas durante el segundo período del franquismo incluyeron la creación, en 1963, de un programa de pensiones no contributivas para los mayores de setenta años. Al final de la década, los así llamados «servicios sociales complementarios» para ancianos y trabajadores inválidos se integraron en la Seguridad Social.

CUADRO 11

Segundo período de desarrollo del Estado
del Bienestar en España: la Seguridad Social (1963-1975)

Dictadura franquista II (1963-1975)

- 1963 Ley de Bases de Seguridad Social.
Puesta en práctica desde 1967.
Se suprimen los niveles máximos de ingresos para acceder al sistema.
- 1966 Régimen Especial Agrario.

La reforma de pensiones de 1972, la LFP, estaba diseñada para expandir la protección social, especialmente en las pensiones de jubilación, los subsidios de desempleo y compensaciones por enfermedad. La mejora se consiguió a través de la vinculación de las contribuciones de los afiliados a los salarios reales, que se planeaba introducir por etapas. Este procedimiento sustituyó al que estaba en vigor desde 1963 y que vinculaba las contribuciones a una escala de categorías profesionales. La fórmula para calcular los beneficios, que estaba relacionada con las contribuciones, permaneció intacta. Como consecuencia de esto, el gasto en prestaciones económicas en los años siguientes aumentó significativamente ¹².

El resultado final de las actividades del régimen franquista en el campo de la política social fue la construcción de un sistema de bienestar de corte corporatista, con disimilitudes entre las distintas categorías profesionales y una administración sumamente fragmentada. El número

¹² Para un análisis detallado de las modificaciones introducidas por la reforma de 1972, véase A. DE PEREDA MERSOS y A. DESDENTADO BONETE, «Estudio del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social», en *Ley General de la Seguridad Social. Texto Refundido*, Madrid, 1974, pp. 23-81.

total de contribuyentes en 1975 era de poco más de diez millones, mientras que el número de beneficiarios de pensiones sumaba tres millones y medio. Por otro lado, había veintinueve millones de personas (el 80,9 por 100 de la población total) protegidas por el sistema sanitario ¹³. En resumidas cuentas, el sistema había alcanzado un nivel bastante elevado de cobertura, pero se encontraba también fragmentado en términos de organización y gestión.

Desde comienzos de los años setenta, existía en España un deseo generalizado de mejorar el sistema de protección social y de alcanzar los niveles de gasto de otros países de la Europa Occidental. Cuando comenzó el período de Transición a la Democracia (1975-1982), la sensación de atraso estaba basada en la realidad, al menos en términos cuantitativos. El nivel de gasto social como porcentaje del PIE en España (12,1 por 100) era mucho más bajo que en otros países de la Comunidad Europea, y alcanzaba solamente la mitad del resto de los niveles (con excepción de Portugal y Grecia) ¹⁴.

En 1978, la Constitución democrática introdujo el principio de extensión universal de cobertura de la protección social a todos los ciudadanos españoles (arts. 41, 43 y 49). Sin embargo, siguieron creándose nuevos regímenes especiales para categorías específicas de trabajadores. Se abrió un amplio debate sobre el futuro de la Seguridad Social, tímidamente a principios de los setenta, y con más intensidad desde mediados de la década en adelante ¹⁵.

Con respecto a la organización del sistema, una de las innovaciones más importantes fue la creación de cuatro institutos independientes en 1978, cada uno dedicado a la administración de una área amplia de política social ¹⁶. Estos nuevos institutos significaron la liquidación del viejo INP, con ya setenta años de antigüedad. Fue también en 1978 cuando se creó la Tesorería General de la Seguridad Social, que ayudó

¹³ Fundación FOESSA, *Informe sociológico sobre el cambio social en España, 1975-1982*, Madrid, 1983, pp. 805 Y809.

¹⁴ Véase V. T. GONZÁLEZ CATALÁ y A. VICENTE MERINO, *Análisis económico-financiero del sistema español de Seguridad Social*, Madrid, 1985.

¹⁵ En J. VELARDE FUEHTES, *El tercer viraje de la Seguridad Social*, Madrid, 1990, puede encontrarse un análisis del debate, de las propuestas de reforma de varias publicaciones, y una lista exhaustiva de los estudios del sistema de la Seguridad Social elaborados por la administración pública y los académicos.

¹⁶ El INSALUD para la asistencia sanitaria, el INSS para la garantía de ingresos, el INSERSO para los servicios sociales personales, y el INEM para el desempleo.

a mejorar su administración económica y financiera. En general, la inspección y control del sistema se perfeccionó mediante varias medidas ¹⁷. Los cambios en la organización del sistema también implicaron la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1981.

La acción pública relativa a la actividad protectora del sistema incluyó algunas medidas restrictivas, que fueron emprendidas con el fin de disminuir gastos. La más notoria entre ellas fue quizás la introducción de un tique moderador sobre consumo farmacéutico y una reducción del 15 por 100 de los pagos de subsidios por enfermedad. En cuanto a la extensión de la protección, algunos ejemplos fueron la creación de un subsidio para los parados de larga duración con cargas familiares y la revisión de la normativa general de desempleo para dotar al programa de eficacia. Desde 1976 en adelante se establecieron otras medidas para aliviar el crecimiento del desempleo: se introdujeron varios programas de jubilación anticipada y se crearon diferentes procedimientos para facilitar el pago de las contribuciones de los empresarios. Desde fines de los setenta se puso énfasis en el crecimiento de las pensiones más bajas a expensas de las más elevadas.

Durante el período de transición las tasas de cobertura aumentaron en todos los diferentes programas del sistema de la Seguridad Social, aunque en 1982 todavía un 14,4 por 100 de la población española estaba excluida del sistema ¹⁸. Los gastos en protección social en 1981 eran un 150 por 100 más elevados que en 1975, por lo que los diferenciales en términos comparativos con otros países de la OCDE se estrecharon aunque sin cerrar totalmente la distancia. En 1975 el gasto en atención sanitaria era más cercano a la media de la OCDE que los gastos en pensiones de jubilación. No obstante, a finales del período de Transición, en 1982, la situación se había invertido ¹⁹. El número de pensionistas creció un 31,6 por 100 entre 1976 y 1982, mientras que los contribuyentes sólo crecieron un 0,04 por 100. Tan alto incremento sólo se debió en parte a la expansión del número de pensiones de jubilación (16,5 por 100); la tendencia ascendente en pensiones de invalidez fue mucho más significativa, ya que se incrementaron en un 42,2 por 100. Esta última cifra puede explicarse por el uso de las

¹⁷ B. GONZALO GONZÁLEZ *et al.*, *Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis económica*, Madrid, 1985, p. 99.

¹⁸ Fundación FOESSA, *Informe sociológico...*, p. 811.

¹⁹ OCDE, *Financing and Delivering Health Care*, París, 1987, y OCDE, *Reforming Public Pensions*, París, 1988.

CUADRO III

Tercer período de desarrollo del Estado
del Bienestar en España: hacia la universalización (1975-1996)*Transición a la democracia (1975-1982)*

- 1978 Constitución Democrática.
Se crean los cuatro institutos de la Seguridad Social (INSS, INSALUD, INSERSO, INEM). Desaparece el INP.
Tique farmacéutico.
- 1981 Ministerio de Sanidad y Consumo.
Comienza el proceso de descentralización de las competencias en atención sanitaria, que son transferidas a Cataluña.
Ley de Integración Social del Minusválido.

Gobiernosocialistas (1982-1996)

- 1985 Ley de Medidas Urgentes para la Racionalización y Acción Protectora de la Seguridad Social.
- 1986 Ley General de Sanidad.
- 1987 Se regulan los planes privados de pensiones.
- 1988 Ministerio de Asuntos Sociales.
- 1989 Decreto de universalización de la atención sanitaria.
Las pensiones se indician al coste de la vida.
- 1989-92 Se crean programas de salarios de integración social en las Comunidades Autónomas.
- 1990 Las prestaciones familiares aumentan y se dirigen a familias con bajos ingresos.
Ley de Pensiones no Contributivas para jubilación e invalidez.
- 1992 Reforma restrictiva del sistema de protección al desempleo.
- 1994 Se incrementan las prestaciones por maternidad.
- 1994-96 Varias medidas de control de costes son aplicadas al sistema de garantía de ingresos y, en menor medida, al sistema de atención sanitaria.

pensiones de invalidez como un sustituto del seguro de desempleo, y, por tanto, puede entenderse como una forma de mitigar el impacto de la crisis sobre la población trabajadora.

El desempleo creció desde el 2,62 por 100 de la población activa en 1974 a un 14,35 por 100 en 1981, y los beneficiarios del subsidio de desempleo en 1981 eran nueve veces los de 1974. Desde 1975 a 1981 la población desempleada que disfrutaba subsidios fue como media del 36,6 por 100. Se mantuvo, por consiguiente, un bajo nivel

de cobertura, lo que condujo a un incremento en el número absoluto de desempleados carentes de protección²⁰. El gasto en subsidios de desempleo (en pesetas constantes de 1970) se multiplicó por 13 entre 1974 y 1981²¹. Esta situación hizo inevitable una participación más intensa del Estado en la financiación del sistema. Los fondos públicos fueron también necesarios para aliviar la presión sobre los empresarios y fomentar la creación de empleo.

En resumen, durante el período de Transición a la Democracia, el sistema de Seguridad Social continuó definido por los mismos principios, permaneciendo como un ejemplo del tipo mixto o profesionalista de Estado del Bienestar, dirigido a los trabajadores y sus dependientes y financiado a través de contribuciones sociales. Sin embargo, cabe resaltar que en este período tuvo lugar un incremento significativo de transferencias estatales. La cobertura también se expandió, sin alcanzar la universalización. Algunas reformas tuvieron lugar en lo que respecta a la organización del sistema, conduciendo a una mejora en la gestión, pero a pesar de todos estos cambios, la política social durante la Transición mostró un alto grado de continuidad.

El Partido Socialista ganó las elecciones generales en 1982, pero las primeras reformas en el ámbito de la política social no tuvieron lugar hasta mediados de los ochenta. Las principales reformas que se introdujeron en el sistema de garantía de ingresos durante la pasada década fueron la Ley de Medidas Urgentes para la Racionalización de la Estructura y Acción Protectora de la Seguridad Social (LMU) de 1985 y un decreto aprobado en 1989. La debatida reforma de 1985 tuvo un carácter restrictivo, pues aumentaba el período mínimo de contribución obligatoria desde los diez a los quince años, mientras que la fórmula para calcular los beneficios llegó a incluir los salarios de los últimos ocho años en vez de los dos anteriormente requeridos. En compensación, la Ley previó la indiciación de todas las pensiones al coste de la vida.

El decreto de 1989 también afectó el sistema de pensiones contributivo. Como consecuencia del acuerdo entre el gobierno y los sindicatos alcanzado tras la huelga general de 1988, las pensiones fueron

20 A. DESDENTADO BONETE Y I. CBUZ ROCHE, «Las prestaciones de desempleo ante la crisis», *Papeles de Economía Española*, núm. 12-13, 1983, p. 318, e I. CHUZ RACHE, *Política social y crisis económica. Aproximación a la experiencia española*, Madrid, 1985.

21 E. FUENTES QUINTANA *et al.*, «Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social», *Papeles de Economía Española*, núm. 12-13, 1983, p. 102.

efectivamente indiciadas al coste de la vida, incluyendo la tasa de inflación de 1988, y el gobierno se comprometió a incrementar la pensión mínima al nivel del salario mínimo para aquellos beneficiarios con cargas familiares.

A diferencia de otras áreas de previsión social, la organización del sistema de garantía de ingresos ha permanecido centralizado y fragmentado por categorías laborales durante la última década. La financiación del sistema sigue siendo en su mayor parte contributiva. Las transferencias estatales se emplean en financiar los complementos de mínimos. Las contribuciones de empresarios y trabajadores suponen respectivamente un 24,4 y un 4,9 por 100 de los ingresos totales percibidos por el empleado. La contribución de los empresarios a la financiación del sistema de Seguridad Social es una de las más elevadas de Europa²².

El gasto en pensiones creció desde un 5,76 por 100 del PIB en 1980 hasta un 8,14 por 100 en 1992. La cuantía media de las pensiones se multiplicó por 3,57 durante dichos años. El número de pensionistas creció un 48 por 100 entre 1980 y 1992. Las pensiones de invalidez aumentaron considerablemente hasta 1985, pues se usaron como sustitutos para proteger diversas situaciones causadas por la reestructuración del mercado laboral, como la jubilación anticipada o el desempleo de larga duración. Desde mediados de la década, los controles administrativos se intensificaron²³. En ese momento, uno de cada cuatro jubilados disfrutaba de una pensión de invalidez.

Los subsidios asistenciales por jubilación e invalidez han existido desde los años sesenta, cuando se creó un programa discrecional. En el caso de la incapacidad, los subsidios mejoraron con la aprobación de la Ley de Integración del Minusválido en 1982. Ambos programas fueron suprimidos en 1992, excepto para las personas que ya disfrutaban de pensión, cuya cantidad ha quedado congelada desde entonces. Los subsidios no contributivos para los mismos riesgos se introdujeron en 1990. Su cantidad es mayor que la de los asistenciales y el criterio usado para asignarlos (nivel de ingresos) es más flexible para aquellos jubilados o incapacitados que viven con sus familias. Su cantidad básica (fijada cada año) es la misma para todos los beneficiarios. Aunque el número de beneficiarios de estas pensiones se ha doblado entre 1982

²² COMISIÓN EUROPEA, *La protección social en Europa*, Luxemburgo, 1994.

²³ I. CRUZ RACHE, «La protección por desempleo» y «La dinámica y estructura de la universalización de las pensiones», en *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, Madrid, 1994.

y 1992, la coexistencia de tres regímenes diferentes que cubren la misma contingencia ha producido notorias desigualdades. Es preciso hacer notar también que existe una amplia diferencia en la cuantía de las pensiones, dependiendo de si son contributivas o no contributivas. La pensión contributiva media dobla la cuantía de la no contributiva más elevada ²⁴.

La mayoría de las Comunidades Autónomas han establecido salarios de integración social entre 1989 y 1992, dirigidos a personas en edad de trabajar que sufren situaciones marginales o de pobreza extrema. Las condiciones de acceso y el grado de cobertura varían considerablemente de una Comunidad a otra. En todos los casos, los salarios sociales privilegian a familias antes que a individuos y pueden percibirse generalmente durante doce meses aproximadamente. Su cantidad es similar a la de las pensiones no contributivas. En 1992 treinta y seis mil personas estaban al amparo de este programa, una cantidad muy baja si se tiene en cuenta que un millón y medio de personas sufre pobreza severa ²⁵. Los países del sur de Europa, Francia incluida, son los únicos miembros de la Unión Europea que no han logrado establecer un programa de ingresos mínimos de duración indefinida ²⁶.

Tras sufrir varias reformas expansivas y restrictivas ²⁷, los subsidios por desempleo contributivos disminuyeron en 1992, de modo que el período mínimo de contribución requerido aumentó de seis meses a doce. El período de percepción se recortó de la mitad del período contribuido a un tercio (el máximo se mantuvo en dos años). La cantidad de subsidios también disminuyó. No obstante, los subsidios de desempleo no contributivos mejoraron en general, y especialmente para los desempleados de larga duración de más de cuarenta y cinco años y/o con dependientes familiares. Aun así, los jóvenes en busca del primer empleo carecen de protección y sólo la mitad de los desempleados percibieron subsidios en 1992.

²⁴ CONSEJO ECONÓMICO y SOCIAL, *España 1993. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*, Madrid, 1994.

²⁵ M. ACULAR *et al.*, «Las rentas mínimas de inserción de las Comunidades Autónomas», *Documentación Social*, núm. 96, julio-septiembre 1994, pp. 201-223.

²⁶ L. AYALA CAÑÓN, «Sistemas generales de rentas mínimas en Europa: logros, límites y alternativas», *Documentación Social*, 96, 1994, pp. 223-277.

²⁷ En I. CNUZ ROCHE, «La protección por desempleo», *op. cit.*, puede encontrarse un detallado análisis de las reformas que ha sufrido la protección por desempleo en la última década.

En 1990 los subsidios familiares se reformaron por primera vez desde el final de la dictadura. Hasta dicho año, la cuantía de los beneficios percibidos puede etiquetarse como residual, pues ya era bajo de por sí y apenas fue actualizado durante ese período. Desde la reforma de 1990 los subsidios familiares se elevaron, equiparándose para contribuyentes y no contribuyentes, se tornaron proporcionales al nivel de ingresos y tomaron en cuenta las circunstancias personales. El umbral de ingresos para recibir el beneficio es muy bajo (un millón de pesetas al año, que apenas rebasa el salario mínimo interprofesional), por lo que ha acentuado el carácter asistencial del sistema²⁸. Los subsidios de maternidad se han incrementado desde enero de 1995, desde el 75 por 100 de la base reguladora a un 100 por 100 durante cuatro meses, y las condiciones de acceso se han facilitado.

Varias medidas de contención de costes han afectado al sistema de garantía de ingresos en los últimos años. Las prestaciones eran actualizadas según la tasa de inflación del año previo hasta 1994, y desde entonces a la inflación estimada para el año siguiente. También en 1994, algunos tipos de pensiones de invalidez comenzaron a estar sujetos a imposición, y lo mismo se puede decir de los subsidios de desempleo, cuyos beneficiarios están también obligados a restar de ellos contribuciones a la Seguridad Social. En enero de 1995 la duración del período de percepción de los beneficios por incapacidad laboral se redujo sustancialmente.

En cuanto al sistema público de asistencia sanitaria, la principal reforma tuvo lugar durante los años ochenta con la Ley General de Sanidad (LGS), aprobada en 1986. El Sistema Nacional de Salud (SNS) creado por la LGS perseguía incluir en un único sistema a todas las redes públicas preexistentes y alcanzar la cobertura universal. El proceso de universalización finalizó, al menos en teoría, con el decreto aprobado en 1989 que establecía las condiciones bajo las cuales los beneficiarios de los programas de Beneficencia podían incorporarse a los servicios sanitarios de la Seguridad Social, transferencia que está aún en marcha. De momento, el 99,6 por 100 de la población española está cubierta por el SNS, pero la Seguridad Social sólo provee servicios directos para el 94,4 por 100 de la población, pues existe un sistema especial para funcionarios civiles y militares que incluye a un 7,5 por 100 de la población, cuyos beneficiarios pueden elegir entre ser cubier-

²⁸ G. RODRÍGUEZ CABRERO, «La protección social a la familia», en *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, Madrid, 1994.

tos por el sistema sanitario de la Seguridad Social o por un seguro privado. Las personas de mayor nivel de ingresos no están todavía cubiertas por el sistema público²⁹. En consecuencia, el proceso de universalización casi ha sido completado, alcanzando un nivel de cobertura similar al de otros servicios sanitarios europeos.

La administración del SNS sigue un modelo descentralizado, con diferencias territoriales, dependiendo de si las Comunidades Autónomas tienen o no competencias en la provisión de la asistencia sanitaria. En el caso de siete regiones³⁰, las competencias han sido transferidas totalmente, lo que ha conducido a la creación de otros tantos sistemas sanitarios independientes. El resto de las Comunidades Autónomas (42 por **100** de la población) están administradas de forma centralizada por el Instituto Nacional de la Salud. El SNS está coordinado por el Ministerio de Sanidad, que desarrolla las líneas de actuación básicas. Las Comunidades Autónomas están representadas en el Consejo Interterritorial de Salud, que incluye también el mismo número de representantes de la Administración central.

El Sistema Nacional de Salud español está financiado parcialmente mediante impuestos generales (más del 80 por **100** en 1996) y mediante contribuciones de la Seguridad Social. Los pacientes participan en el pago de los medicamentos (40 por 100), excepto los funcionarios que han elegido asegurarse en su propia asociación mutua que pagan el 30 por **100** (activos o jubilados), y la población jubilada que está exenta de pago.

A diferencia de lo que ha ocurrido en materia de atención sanitaria en la mayoría de los otros países miembros de la Unión Europea, en España las medidas de contención del gasto se han establecido sólo tímidamente. El gasto en atención sanitaria no es muy elevado en términos comparativos: 7 por **100** del PIB en 1992, sólo por encima de Grecia, Portugal, Dinamarca y Japón³¹. Sin embargo, el crecimiento del gasto se ha convertido en el principal tema de preocupación.

Finalmente, los servicios sociales personales del sistema contributivo son administrados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), creado en 1978 y dependiente del Ministerio de Asun-

²⁹ J. M. FREIRE CAMPO, «Cobertura sanitaria y equidad en España», *I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza*, Madrid, 24-28 de mayo de 1993.

³⁰ En concreto, Cataluña, País Vasco, Valencia, Navarra, Andalucía, Navarra, Galicia y las Islas Canarias.

³¹ OCDE, *The Reform of Health Care Systems*, París, 1994.

tos Sociales³², establecido a su vez en 1988. Las competencias del INSERSO han sido transferidas a todas las Comunidades Autónomas. Los gobiernos autónomos y locales están a cargo de la provisión de los servicios sociales generales («ayuda social básica»). Tienen competencias exclusivas en este ámbito y pueden publicar sus propias leyes, aunque la legislación básica ha permanecido en manos de las autoridades centrales. Los servicios sociales incluyen varios programas para la tercera edad (residencias, centros de día, servicios de atención a domicilio, programas de vacaciones), para los minusválidos (atención especializada, integración social y laboral), junto con programas para las minorías étnicas, los menores, los jóvenes, las mujeres, programas para drogadictos, y subsidios no contributivos (pensiones no contributivas y salarios de integración social). Los servicios sociales se financian a través de los impuestos generales y de contribuciones a la Seguridad Social, en parte directamente por las Comunidades Autónomas y en parte a través de transferencias del Ministerio de Asuntos Sociales.

Es evidente que la oferta pública de servicios sociales ha aumentado considerablemente en España durante la última década³³. Los datos comparativos disponibles sobre servicios sociales entre todos los países miembros de la Unión Europea pueden conducir a conclusiones arriesgadas debido a la amplia variedad de programas y a las diferentes condiciones de acceso existentes. No obstante, las series de datos muestran con bastante claridad que los países del sur de Europa, España incluido, están retrasados en comparación con el resto de sus socios europeos³⁴.

En definitiva, el Estado del Bienestar español ha mantenido a lo largo de la mayor parte de su historia un modelo de corte profesionalista, dirigido a trabajadores y a sus dependientes, organizado de acuerdo con líneas corporativistas, fragmentado en términos administrativos y financiado principalmente mediante contribuciones. Sin embargo, en la última década, también ha emprendido el camino de la universalización de su cobertura, especialmente en el ámbito de la atención sanitaria, pero también en el sistema de garantía de ingresos, por medio

az El Ministerio de Asuntos Sociales ha sido unido al de Trabajo tras las elecciones generales del 3 de marzo de 1996.

³³ MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, *Indicadores de protección social. Servicios sociales y programas de igualdad durante el periodo 1982-1992*, Madrid, 1993.

³⁴ MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, *Prestaciones y servicios para las personas con minusvalía en los países de la CE*, Madrid, 1989, y M. CASTELLS y L. P. PÉREZ, *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*, Madrid, 1992.

de la introducción de programas asistenciales. La fragmentación del sistema ha disminuido y las transferencias estatales han crecido sustancialmente. El modelo presente es una mezcla entre una provisión cuasi-socializada y una organización profesionalista. La siguiente sección pretende explicar este resultado.

2. El desarrollo del Estado del Bienestar en España: una interpretación

La introducción de programas de seguro social en España durante la Restauración estuvo íntimamente conectada con el desarrollo de nuevas ideas entre las élites políticas e intelectuales, un proceso que resultó en la superación de las ideologías liberales y no intervencionistas. En términos comparativos, ni un proceso de industrialización débil conducente al surgimiento de conflictos sociales, ni la presión ejercida por una clase obrera pueden explicar por sí mismos la introducción de seguros sociales durante ese período.

Algunas de las nuevas ideologías se originaron con la creación de nuevas instituciones como la *Institución Libre de Enseñanza* o el Grupo de Oviedo, que desarrollaron el krausismo liberal. Instituciones ya existentes como la Iglesia Católica también desarrollaron nuevas ideologías, en este caso el catolicismo social. Estas instituciones fueron capaces de extender sus puntos de vista entre las élites políticas y burocráticas gracias al hecho de que, por un lado, muchos políticos liberales y decisores públicos eran o bien miembros ellos mismos de la Institución libre de Enseñanza, o bien mantenían relaciones cercanas con ella, y, por otro lado, la mayoría de los políticos conservadores eran católicos convencidos y estaban deseosos de seguir el consejo de la Iglesia. Las nuevas ideologías fueron muy influyentes debido a la existencia de una clase política reducida y compacta que era fácilmente influida por sus instituciones auxiliares. Es más, la ideología y las percepciones de las élites políticas e intelectuales son de relevante importancia como factores explicativos de este período, ya que las élites españolas fueron capaces de gobernar independientemente del electorado real y de sus intereses. El modelo adoptado estuvo en concordancia con las nuevas ideologías: todas ellas defendían una intervención estatal limitada en el ámbito del aseguramiento social, y de ahí que los primeros seguros sociales fueran de afiliación voluntaria³⁵.

:15 Ana M. GUILLÉN, «The Emergence of the Spanish Welfare State ...», *op. cit.*

Durante la Dictadura de Primo de Rivera la voluntad política de reforma brilló por su ausencia; incluso en los primeros momentos peligró la continuidad del INP como institución. Por el contrario, durante la Segunda República se alcanzó entre las élites políticas, burócraticas y grupos de interés un acuerdo general sobre la necesidad de expandir la política de previsión social, pero el comienzo de la Guerra Civil impidió la aprobación del proyecto de reforma.

El primer período franquista (1938-1958) se caracterizó en términos macroeconómicos por la intervención estatal y la autarquía, y por la organización de la sociedad de acuerdo con líneas corporativistas mediante la introducción de sindicatos verticales de afiliación obligatoria. Durante estas dos décadas la negociación colectiva no existía y el Estado estaba a cargo de fijar los salarios. La política social estuvo durante todo el período en manos de los políticos falangistas, aunque algunos de los puestos clave del INP permanecieron bajo el dominio del catolicismo social como había ocurrido tradicionalmente. El Ministerio de Trabajo estuvo dirigido durante quince años (1941-1957) por un convencido falangista, Girón de Velasco. Girón tenía una personalidad extremadamente fuerte y disfrutó de gran independencia de decisión. A pesar del pobre estado de la economía, la introducción de los seguros sociales por el Estado, junto con las políticas laborales dirigidas a garantizar los puestos de trabajo, fueron usadas por el régimen como un mecanismo de compensación para ganar legitimidad política, especialmente entre los perdedores de la Guerra Civil. La admiración por el modelo alemán de los planificadores franquistas también influyó en los resultados en política social. Estas fueron las principales razones que explican por qué varios programas de seguro obligatorio se aprobaron y llevaron a cabo apresuradamente durante los años cuarenta.

El segundo período franquista, que abarca desde finales de los cincuenta hasta mediados de los setenta, fue un período de bienestar material sin precedentes en España. En esos años la vida se hizo mucho más fácil y agradable para muchos españoles, en comparación con el duro período de posguerra. La pobre condición de la economía durante los cincuenta, plagada de desequilibrios, resultó en la renuncia del modelo autárquico en política económica. La economía se abrió a la competencia internacional y se diseñó un paquete de medidas para su ajuste. El Plan de Estabilización de 1959 incluía la relajación de los controles de precios oficiales y estuvo acompañado por la introducción de un sistema cualificado de negociación colectiva. Los resultados de

estas nuevas políticas fueron la introducción de nuevos medios de producción, la reestructuración de la mano de obra y un incremento de la productividad. Se consiguió el pleno empleo, aunque en parte a través de la emigración de una considerable proporción de la fuerza laboral a otros países europeos. Se mantuvo la legislación que regulaba el despido de trabajadores, lo que trajo consigo una situación de seguridad y estabilidad. Las nuevas condiciones económicas facilitaron la introducción de un «pluralismo limitado» en los sistemas políticos y de representación de intereses ³⁶.

En general, el deseo compartido por amplios sectores de las élites políticas, por distintos grupos de interés y por la población en general era el de la «modernización» del país a través del desarrollo económico. La política social no constituyó una excepción a ese empuje modernizador, una circunstancia que permitió la creación de la Seguridad Social. Además, se puede defender que aparte de esta reforma se construyó un sistema de «protección por otros medios» durante las últimas décadas del franquismo ³⁷. De hecho, algunas medidas como la política de seguridad del puesto de trabajo y la legislación para dificultar los despidos pueden entenderse como protección por otros medios. Es más, el sistema fiscal franquista se basaba principalmente en la imposición indirecta, era regresivo y favorecía a las clases medias y altas, por lo que el Estado autoritario aparecía a sus ojos como menos costoso que uno democrático. Los subsidios familiares y una política de viviendas activa completaban el mecanismo de «protección social por otros medios».

Durante el período franquista los actores implicados en el proceso de planificación no difirieron mucho de los que estuvieron activos durante el período de la Restauración. De hecho, las decisiones en el dominio de la política social estuvieron en manos de dos grupos privilegiados que disfrutaron de ventajas institucionales: los líderes políticos y las altas jerarquías de la burocracia, especialmente los del INP. Ni los grupos de interés ni la población general fueron capaces de ejercer mucha presión durante este período. Así, los intereses e ideas de los decisores públicos fueron de crucial importancia. En general, los obje-

³⁶ J. J. LINZ, «A Century of Politics and Interests in Spain», en S. BERGER (ed.), *Organizing Interests in Western Europe*, Nueva York, Cambridge University Press, 1981, p.387.

³⁷ J. P. LÓPEZ NOVO, «Spain's Welfare Tradition: A Developmental Perspective», mimeo, 1990.

tivos que los decisores públicos franquistas consideraron fundamentales fueron la consecución de la paz social, el mantenimiento de la capacidad operativa del aparato productivo y la obtención de credibilidad interna y externa. Estos objetivos eran consecuentes con el establecimiento de un modelo profesionalista dirigido a trabajadores y financiado mediante contribuciones. El modelo era también consecuente con la ideología dominante sobre los roles que debían ser desempeñados por ambos sexos: los hombres como procuradores del sustento familiar, a quienes se les garantizaba un puesto de trabajo estable además de la protección del sistema de la Seguridad Social; y las mujeres, amas de casa, encargadas de cuidar en el hogar a los ancianos, los más jóvenes y los inválidos. Esto explica por qué, a pesar del superávit del sistema de Seguridad Social durante los sesenta y principio de los setenta³⁸, los servicios sociales personales se desarrollaron de forma escasa y por qué no se hizo ningún movimiento hacia la cobertura universal y la provisión completa de aseguramiento social por parte del Estado. Finalmente, también explica el tratamiento privilegiado de la contingencia de accidente laboral y enfermedad profesional (tanto en lo que respecta a la atención sanitaria como en cuanto a transferencias económicas), tratamiento que ha prevalecido hasta el presente.

Durante el período de Transición a la Democracia el carácter del proceso de toma de decisiones en política social sufrió modificaciones. El nacimiento de procesos informales de negociación colectiva en los últimos años del régimen autoritario, y especialmente el advenimiento de la democracia, permitió la consolidación de una tradición de decisión colectiva iniciada en los años sesenta y condujo a la inclusión en el proceso de toma de decisiones de grupos de interés tales como los sindicatos, las organizaciones empresariales y diversas asociaciones. Ahora las demandas sociales podían expresarse y tenían que atenderse, al menos parcialmente, con el fin de legitimar y consolidar el nuevo régimen. La necesidad de responder a las demandas sociales resultó en la expansión de la cobertura y del gasto del sistema de protección de la Seguridad Social.

La Constitución de 1978 preveía la ampliación del sistema de Seguridad Social de modo que cubriese a todos los ciudadanos. No obstante

³⁸ La Seguridad Social acumuló altos niveles de reservas (ahorros y excedentes). Parte de esta acumulación innecesaria de capital fue desviada hasta 1970 a inversiones de bajo rendimiento, como por ejemplo a la adquisición de bonos expedidos por el Instituto Nacional de Industria; A. INFANTE (ed.), *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, 1975, pp. 54-58.

y a pesar del deseo general de transformar el sistema de acuerdo con las líneas de un modelo universalista, durante la Transición no se puso en marcha ningún proceso de reforma conducente a la cobertura universal. Las razones de esta falta de acción estuvieron relacionadas, en primer lugar, con algunas condiciones heredadas del régimen anterior³⁹. Entre éstas se encontraba la existencia de un sistema fiscal regresivo e ineficiente, el ya considerable tamaño del sistema de protección social y la carencia de información sobre los recursos existentes disponibles para la política social. Todas estas condiciones heredadas impidieron la introducción de reformas radicales. Es más, el tipo de «protección por otros medios» establecido por el franquismo funcionó bien durante los sesenta y principio de los setenta, pero implicaba la existencia de medidas que no pueden ser consideradas como equivalentes funcionales de la protección social directa, pues interfieren en el libre funcionamiento del mercado y disminuyen la capacidad de las empresas para ajustarse al cambio. La reforma fiscal de 1977 y la reducción en intensidad de las políticas familiares -debido a la pérdida de poder de los sectores católicos y la crisis de la ideología natalista- significaron el desmantelamiento de algunas de las medidas de «protección por otros medios». No obstante, la rigidez del mercado laboral permaneció intacta y perpetuó el sistema de bienestar dual con su mezcla de protección social directa e indirecta⁴⁰.

En el lado opuesto, la buena marcha de la economía al final del régimen franquista podía haber implicado la existencia de condiciones favorables para la reforma, pero la llegada de las crisis económicas invirtió la situación. El impacto de las crisis económicas fue una de las principales fuentes de tensiones a la hora de alcanzar decisiones en el área de la política social, puesto que condujo a la emergencia de nuevas necesidades sociales (entre ellas, la más importante, el tremendo crecimiento del desempleo), que tenían que atenderse con urgencia, al mismo tiempo que era conveniente el establecimiento de medidas de contención del gasto. La crisis económica se añadía además a la atmósfera general de inestabilidad e incertidumbre en los ámbitos políticos y sociales. Las rigideces heredadas del mercado laboral no garan-

³⁹ A. M. GUILLÉN, «Social Policy in Spain: From Dictatorship to Democracy», en Z. FERGE y I. E. KOUUNC (eds.), *Social Policy in a Changing Europe*, Boulder, Colorado, 1992.

⁴⁰ I. P. LÓPEZ NOVO, «Spain's Welfare Tradition...».

tizaban ya una protección de cara a la cnSIS y dificultaban el ajuste económico de las empresas.

Por último, el carácter reformista del proceso político de Transición a la Democracia implicaba la necesidad de alcanzar consensos, lo que desaceleraba los procesos de reforma debido a que los acuerdos se lograban con lentitud. Es más, es preciso hacer notar la cautela que mostraron los grupos de interés. De hecho, éstos aceptaron moderar sus demandas, en el entendimiento de la preeminencia del proceso de reforma de las instituciones políticas. El decreto de 1978 que creaba los cuatro institutos de la Seguridad Social contempló la participación de los sindicatos y los empresarios en el control y supervisión de la administración de la Seguridad Social, la atención sanitaria y la política de protección del desempleo, y creó instituciones específicas dentro de los institutos sociales en los que la participación pudiera llevarse a cabo. Sin embargo, esta participación, por la que habían luchado intensamente los sindicatos y ya una antigua reclamación, vino a ser más teórica que real y efectiva.

Los sucesivos gobiernos socialistas intentaron llevar a cabo los mandatos constitucionales sobre política social desde 1982 en adelante. El resultado deseado debería parecerse al modelo socializado escandinavo, al menos en lo que se refiere a los servicios de bienestar social. La evolución del Estado del Bienestar durante el gobierno socialista (1982-1996) puede resumirse en cuatro procesos concurrentes: extensión de cobertura, descentralización, asistencialización y contención del gasto ⁴¹. Como se mencionó más arriba, estos procesos no afectaron de igual manera a las tres áreas de política social consideradas aquí. La atención sanitaria fue profunda y desigualmente descentralizada a las Comunidades Autónomas, mientras que casi se alcanzó la cobertura universal y las medidas de control de costes aplicadas fueron escasas. Los servicios sociales personales se mejoraron y también se descentralizaron. El sistema de garantía de ingresos permaneció en manos del Estado central y su cobertura se expandió en muchos casos a través de la introducción de subsidios asistenciales (especialmente en los casos de prestaciones familiares, subsidios de desempleo, salarios sociales y pensiones no contributivas). Las medidas de contención de costes se aplicaron principalmente al sistema de garantía de ingresos.

⁴¹ G. RODRÍGUEZ CABRERO, «La política social en España: 1980-1992», *Documentación Social*, núm. 96, 1994, pp. 175-201.

La reforma de la atención sanitaria pública era parte del programa del partido socialista para las elecciones generales de 1982. El proyecto de reforma incluía la creación de un servicio nacional de salud universal e igualitario, financiado mediante impuestos. La reforma también perseguía establecer un modelo descentralizado mediante la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. La oferta de atención sanitaria preventiva e integral y una mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención estuvieron entre los objetivos principales de la Ley General de Sanidad. La ley de reforma de la atención sanitaria debería ser elaborada en 1983 y someterse al Parlamento al año siguiente. Los representantes de los gobiernos regionales fueron invitados a participar en la comisión parlamentaria a cargo de la elaboración del primer borrador, pero no se hizo ningún otro contacto con otros sectores sociales relacionados con la sanidad. Por consiguiente, cuando a fines de 1984 los contenidos del borrador preliminar llegaron a conocimiento de la profesión médica, el Colegio de Farmacéuticos y otros grupos de interés, empezaron a aparecer tensiones y conflictos. La renuencia del gobierno a empezar un proceso de negociación con los mencionados grupos de interés condujo a un incremento de los conflictos, de modo que el Ministerio de Sanidad se vio finalmente forzado a escuchar sus demandas.

En los cuatro meses siguientes aparecieron nuevas tensiones incluso dentro del gobierno. Varios ministros socialistas se opusieron rotundamente a la financiación del Sistema Nacional de Salud mediante impuestos debido al aumento en gasto público que comportaría. Las minorías nacionalistas (especialmente la vasca y la catalana) expresaron su descontento, pues consideraban que el borrador preliminar interfería con las competencias de las Comunidades. Los profesionales sanitarios ejercieron gran presión para asegurar la independencia del sector privado y el partido conservador, *Alianza Popular*, luchó en la misma dirección. Al final, se alcanzó un consenso olvidando la mayoría de los aspectos fundamentales del plan inicial de reforma, y la LGS fue aprobada en 1986. De este modo, el borrador final de la LGS contemplaba un incremento de la cobertura gradual y no universal, la financiación del Sistema Nacional de Salud a través del presupuesto de la Seguridad Social más que a través de los presupuestos generales y una definición poco detallada de la estructura básica del Sistema Nacional de Salud

con el fin de permitir el desarrollo de sistemas sanitarios autonómicos independientes 42.

El diagnóstico del proceso de descentralización de la atención sanitaria ofrecido recientemente por algunos expertos⁴³ en economía de la salud señala algunas consecuencias positivas, tales como el incremento en competitividad, dinamismo e innovación. Pero la lista de problemas generados también es importante: los costes administrativos han ascendido, han surgido dificultades de coordinación y los agravios comparativos están aumentando. Un ejemplo de esto último lo constituye la huelga de seis semanas de los médicos de hospitales que tuvo lugar en 1995 con el fin de presionar por una equiparación de salarios con aquellos servicios regionales de salud más generosos.

A pesar de las desviaciones de las intenciones iniciales del Partido Socialista, la reforma de la atención sanitaria sí se llevó a cabo y abrió la vía para la cobertura universal de la población; el sistema empezó a financiarse cada vez más a través de impuestos y todos los recursos públicos se colocaron bajo una administración unitaria. El proceso de descentralización se fue ahondando para todas las Comunidades Autónomas en el ámbito de la atención sanitaria y de los servicios sociales personales, junto con su mejora y expansión, animada, en el último caso, por la creación del Ministerio de Asuntos Sociales en 1988.

No obstante, el sistema de garantía de ingresos ha permanecido centralizado y organizado por grupos ocupacionales. La extensión de la cobertura en el sistema de garantía de ingresos ha tenido el efecto de aproximar el sistema de bienestar español a los Estados del Bienestar europeos más desarrollados, aunque la decisión de ampliarlo incrementando el número de subsidios asistenciales puede ser conflictiva para el futuro. Las recientes reformas⁴⁴ del mercado laboral han tenido el efecto de incrementar la proporción de contratos temporales (más de un tercio en la actualidad). Si esta situación no cambia, es posible que muchos trabajadores no puedan reunir períodos de contribución

42 J. M. DE MIGUEL, M. PORTA y J. A. RODRÍGUEZ, «Socialist Health Policies and Politics in Spain», en G. L. ALBRECHT (ed.), *Advances in Medical Sociology*, Greenwich, 1989.

43 FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada), «Los problemas de la sanidad pública en España: una encuesta rápida entre los expertos en economía de la salud», *Textos Express*, junio de 1995, pp. 95-101.

44 Un primer paquete de reformas de flexibilización se introdujo en 1984. En 1993-94 se aprobó otro conjunto de medidas dirigidas a profundizar en la misma dirección.

suficientes en el futuro y que tengan que depender del área más débil de protección asistencial. Es más, la protección de las personas en edad de trabajar está aún lejos de alcanzar el universalismo y es también débil en comparación con otros países europeos.

Esta mezcla de sistemas de atención sanitaria universalista con pensiones profesionalistas es común a todos los países del sur de Europa. ¿Por qué se ha producido este resultado? Una posible explicación para el caso español puede formularse a partir de la consideración de la política macroeconómica socialista y la evolución del mercado laboral, junto con la postura de los sindicatos. A principios de los ochenta, debido al impacto de la crisis económica y de su coincidencia con la reforma de las instituciones políticas, la economía estaba sumamente desequilibrada: altas tasas de inflación, grandes déficits comerciales, y tasas de paro aún más elevadas. El Partido Socialista estaba claramente a favor de establecer un modelo socializado de previsión social, especialmente en el área de servicios (sanidad, educación). Sin embargo, ajustar la economía y sobre todo reestructurar las industrias debilitadas era también importante. Por eso el PSOE se comprometió con una política macroeconómica monetaria restrictiva que resultaría en un ajuste gradual, una política que se enfrentaba con el ideal de crear un sistema de bienestar socializado. La reforma de pensiones de 1985 estaba en línea con esta política de ajuste. Fue una decisión muy costosa para el gobierno, pues desencadenó un proceso de confrontación política abierta entre el Partido Socialista -fuertemente controlado por el gobierno- y el sindicato socialista UGT, sobre las políticas económica y social del gobierno ⁴⁵.

Después de mediados los ochenta, la reforma del sistema de garantía de ingresos no fue contemplada por el gobierno, que confiaba en la recuperación económica como mecanismo de redistribución. De hecho, fue sólo hasta después de los conflictos o huelgas dirigidas por los sindicatos cuando se emprendieron nuevas medidas. La afiliación a los sindicatos españoles no era alta en términos comparativos en la década de los setenta y ha disminuido durante los ochenta. Pero este hecho puede llevar a conclusiones engañosas sobre su capacidad de presión ⁴⁶. El sindicato CCOO ha estado siempre a favor de mantener el carácter profesionalista del sistema de garantía de ingresos. La confrontación

⁴⁵ J. P. LÓPEZ Novo, «Spain's Welfare Tradition...».

⁴⁶ V. PÉREZ DÍAZ y J. C. RODRÍGUEZ, «Opciones Inerciales. Políticas y prácticas de recursos humanos en España (1959-1993)», *ASP Research Paper*, núm. 2(a), 1994.

que tuvo lugar entre el PSOE Y la *VER* desde mediados de los ochenta en adelante significaba que no podría alcanzarse un posible acuerdo entre ambos sobre la reforma de las pensiones. El resultado ha sido que ambos sindicatos han permanecido interesados en el mantenimiento de la seguridad y los privilegios del núcleo formal de trabajadores, quienes constituyen la principal fuente de afiliación.

Como señala Esping-Andersen ⁴⁷, los modelos contributivos generan una muy alta legitimación entre sus beneficiarios y es sólo por medio de coaliciones fuertes de reforma que pueden ser transformados en programas de tipo universal. La flexibilización del mercado de trabajo no tuvo lugar decididamente en España hasta 1994, e incluso entonces apenas afectó al sector formal, de modo que la estrategia de los sindicatos es consecuente con la prevalencia del sistema de garantía de ingresos profesionalista. Por consiguiente, los gobiernos socialistas han intentado construir un anillo de protección social mínima para todos los ciudadanos por medio de la introducción de pensiones no contributivas, antes que perseguir el establecimiento de prestaciones de jubilación universales.

Además, España pasó a ser miembro de la Comunidad Europea en 1986. El nuevo estatus político fomentó la introducción de medidas expansionistas en el sistema de previsión social durante la última década con el fin de atenerse a las recomendaciones de la CE y de reducir las diferencias con los Estados del Bienestar europeos más desarrollados.

3. Conclusiones

Por lo que respecta al análisis de la evolución del modelo macroinstitucional del sistema de previsión social español, se puede concluir que responde a un modelo profesionalista durante todo el período estudiado, con la excepción de la última década. El sistema de los años cuarenta es profesionalista a pesar de lo reducido de la cobertura, del gasto y de las prestaciones ofertadas. A principios de los años ochenta, el sistema español pudiera parecer a primera vista un modelo socializado, dado el alto grado de cobertura, la cuantía del gasto público

⁴⁷ G. ESPING-ANDERSEN, «Welfare States without Work: The Impasse of Labour Shedding and Familialism in Continental European Social Policy», *Estudios/Working Papers*, núm. 71, Madrid, 1995.

y el amplio abanico de prestaciones. Sin embargo, la consideración del criterio de cobertura, el hecho de que no se hubiera alcanzado la universalización de la misma, el modo de financiación fundamentalmente contributivo, la delegación parcial de la gestión en entidades paraestatales y el volumen de los conciertos son todas características que muestran el mantenimiento del modelo profesionalista.

Con respecto a los procesos de toma de decisiones, hasta el final del régimen franquista, la configuración de las instituciones políticas dejaba poco espacio para la expresión de demandas por parte de los grupos de interés o de la población en general, con la parcial excepción del corto período republicano. Bajo estas circunstancias, las decisiones en el área de política social estuvieron en su mayor parte en manos de las élites políticas y burocráticas, cuyas ideas y necesidades de legitimación fueron consecuentes con la introducción y el mantenimiento de un sistema profesionalista de previsión social. Además, su ideología era más receptiva al estilo «bismarkiano» de previsión social que al «beveridgiano». Antes del establecimiento del régimen democrático, el núcleo de decisión responsable de cada reforma ha sido especialmente restringido, hecho éste que unido al de que dicho núcleo poseyera oportunidades institucionales privilegiadas para tomar decisiones hace que la variable ideológica, que las ideas, valores y percepciones, las tradiciones culturales y la admiración de modelos exteriores por parte de los que componen el núcleo de decisión adquieran una tremenda importancia explicativa.

Además, el mantenimiento del sistema profesionalista se debió también a la escasa influencia que pudieron ejercer tanto la clase trabajadora como las organizaciones obreras durante los largos períodos de gobierno autoritario. Sin embargo, cabe resaltar que, en algunas ocasiones, las organizaciones obreras fueron capaces de ejercer la suficiente presión para que se plantease la introducción de reformas, así como que las percepciones de las élites políticas sobre la fuerza potencial de la clase obrera les impulsaron en momentos puntuales a actuar extendiendo la protección social.

Por su parte, el desarrollo económico ha actuado más como elemento condicionador del grado de expansión del sistema de previsión social que como elemento determinante del modelo adoptado. Así, la variable de desarrollo económico no es capaz de justificar por qué es precisamente en los años del hambre de la posguerra civil cuando se establecen los seguros sociales obligatorios. Cabe señalar, eso sí, que los

años de máxima industrialización y crecimiento económico permitieron la reforma del sistema hacia la implantación de la Seguridad Social, y que el advenimiento de las crisis económicas contribuyó en gran medida a acentuar el clima de incertidumbre durante la Transición y con ello a la decisión de posponer la reforma de la Seguridad Social.

Durante el período de Transición a la Democracia, y a pesar de la democratización del proceso político y de la existencia de un deseo generalizado de adoptar un modelo universalista de protección social, la necesidad de dar prioridad a la reforma de las instituciones políticas junto con el impacto de las crisis económicas impidió el cambio del sistema hacia el universalismo. Una vez que la democracia estuvo plenamente establecida, se consiguió la cobertura universal de la atención sanitaria y se incrementaron significativamente los servicios sociales personales. Al contrario, el sistema de garantía de ingresos permaneció centralizado y organizado de manera profesionalista debido a que el coste de un giro hacia un universalismo era demasiado elevado en términos económicos y electorales y no fue posible lograr la formación de una coalición fuerte en favor de tal cambio.