



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Administración y Dirección de Empresas (ADE)

Título del Trabajo Fin de Grado: La salud de la población según el sistema de bienestar de cada país en Europa

Presentado por:

Laura Encabo Martín

Tutelado por:

Carmen García Prieto

Valladolid, 25 de Junio de 2018

RESUMEN

El objetivo de este estudio es el análisis de la salud de la población en función del sistema de bienestar de los diferentes países de Europa. Se estudian las características principales de cada tipo de régimen de Bienestar, la influencia de las variables políticas en cada uno de ellos, la relación entre las desigualdades en salud y las políticas que aplican los diferentes Estados de Bienestar y también se abordará el problema del envejecimiento de la población y cómo se enfrenta a ello cada tipo de régimen.

Palabras clave: Estados de Bienestar, salud, desigualdades de salud.

Códigos JEL: H53, I14.

ABSTRACT

The aim of this study is the analysis of the European population's health, according to the welfare system of each country. The main characteristics of each welfare regime are studied, as well as the influence of political variables on each of them. The analysis additionally focuses on the relationship between health inequalities and the policies applied by different welfare states and also on the problem of population aging and how each type of regime is dealing with it.

Key words: Welfare State, Health, Health inequalities.

JEL Codes: H53, I14.

INDICE

Índice de tablas.....	III
Índice de gráficos.....	III
1. Introducción.....	1
2. Modelos del Estado de Bienestar.....	3
2.1 Modelo Nórdico.....	5
2.1.1 Política Fiscal.....	5
2.1.2 Estructura del sistema sanitario.....	6
2.1.3 Servicios prestados.....	7
2.2 Modelo continental.....	8
2.2.1 Estructura del sistema sanitario.....	8
2.2.2 Financiación en materia sanitaria.....	9
2.3 Modelo anglosajón.....	10
2.3.1 Estructura del sistema sanitario.....	10
2.3.2 Financiación en materia sanitaria.....	10
2.4 Modelo mediterráneo.....	11
2.4.1 Protección social.....	11
2.4.2 Atención sanitaria nacional.....	12
3. Las variables políticas y su influencia.....	13
4. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población.....	17
5. El problema del envejecimiento de la población y las reformas de las pensiones.....	25
6. Conclusiones.....	29
7. Referencias bibliográficas.....	31
7.1 Referencias procedentes de internet.....	31
7.2 Referencias de artículos.....	31

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de impuestos directos e indirectos pagados por los hogares como porcentaje de su ingreso bruto por quintil de ingresos. 2010.....	6
Tabla 2. Gasto social, porcentaje del Producto Interior Bruto. 2015.....	12
Tabla 3. Desigualdad en la distribución del ingreso (%) y tasa de actividad de las mujeres (%). Edad de 15 a 64 años. 1995.....	14
Tabla 4. Coeficiente de Gini del ingreso disponible equivalente y esperanza de vida. 2014-2016.....	20
Tabla 5. La salud autopercebida por sexo y edad. 2016.....	23
Tabla 6. Esperanza de vida, tasa de fertilidad total y porcentaje de población de más de 65 años. 2016.....	26

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice de masa corporal (obesidad) por nivel educativo. 2008.....	19
Gráfico 2. Fumadoras diarias de cigarrillos por nivel educativo. 2008.....	22

1. INTRODUCCIÓN

El término de Estado de Bienestar fue aceptado en Escandinavia en 1930, aunque no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando su uso fue más extendido.

Actualmente no existe una definición ampliamente aceptada. Se puede destacar la de Eikemo et al (2008), que define el Estado de Bienestar como un conjunto de medidas estatales cuyo objetivo es la provisión de servicios y transferencias sociales esenciales, durante la época de la posguerra. Para dicho autor, el Estado de Bienestar cumple un papel similar al del Estado con respecto a las materias de educación, salud, vivienda, seguro social y los servicios de sanidad pública.

Su aparición se remonta a antes de la Edad Media, cuando iglesias o gremios de trabajadores y artesanos ya ofrecían labores asistenciales a la población, la cual en aquella época solo tenía la ayuda obtenida de hospitales y hospederías.

Con la aparición del capitalismo y la Primera Revolución Industrial (mediados del siglo XVIII) van a aparecer nuevas clases sociales, desapareciendo la sociedad estamental que prevalecía hasta entonces. Cabe destacar que con el cambio de mentalidad (liberalismo económico e ilustración) va a disminuir la relevancia de la religión, lo cual influye en que disminuirá su papel en la ayuda a los más desfavorecidos.

En el siglo XIX la masa obrera vive un momento especialmente duro, ya que viven en condiciones de miseria y con respecto a sus trabajos se encuentran sobreexplotados. Como consecuencia de esto, surgen diversos debates para mejorar dicha situación. Estos debates se analizan desde varios puntos de vista.

En primer lugar los pensadores intentan buscar soluciones a esta situación de pobreza y explotación. En segundo lugar, cabe destacar la importancia que esta cobrando organizaciones de trabajadores y que van a influir en el Estado. Por último, hay que destacar la ayuda de la Iglesia que tiene un gran poder durante dicha época.

Durante el siglo XX comienzan a notarse cambios que mejoran esa situación tan precaria como son el derecho de voto universal, la regulación del trabajo con respecto a los niños o el seguro para la vejez, entre otros. Con el fin de la Segunda Guerra Mundial, se implanta oficialmente el Estado de Bienestar, ya que es entonces cuando se empiezan a llevar a cabo planes sociales concretos y se establecen los pilares sobre los que se va a sustentar, que son: educación, sanidad, seguridad social y los servicios sociales.

Con la crisis de 1973-1985 se dio un cambio al lo que conocemos como Estado de Bienestar y apareció lo que denominamos Sociedad de Bienestar. Este nuevo concepto defiende que son las empresas privadas las que tienen que suministrar este bienestar a la sociedad.

En la actualidad, el Estado de Bienestar se enfrenta a problemas para poder cumplir sus objetivos debido a las dificultades de la población para poder encontrar trabajo y vivienda, como consecuencia de la crisis económica vivida.

A continuación, se analizan las clasificaciones de los regímenes de Estados de Bienestar y sus características principales, como son la estructura del sistema sanitario, los servicios prestados o la financiación en materia sanitaria que presentan los diferentes modelos de Estados de Bienestar en la actualidad. También se estudiará, para un periodo anterior (1945-1980), cómo han influido las variables políticas en la salud. Posteriormente, se tendrá en cuenta lo relativo a un tema de especial controversia, entre los autores de dicha materia, que es la relación entre las desigualdades socioeconómicas en la salud con las políticas que son aplicadas por los Estados de Bienestar en los diferentes modelos existentes. Para concluir, se tendrá en cuenta el envejecimiento de la población que se ha convertido en un gran problema que dificulta que se cumplan los objetivos del Estado de Bienestar, y se analizan las diferentes soluciones que han intentado dar los países a dicho problema.

2. MODELOS DEL ESTADO DE BIENESTAR

Para hablar de los modelos o regímenes del Estado de Bienestar, se debe hacer mención a Esping-Andersen (1990), ya que fue el primero en introducir el término de “régimen de Estado de Bienestar” y uno de los pioneros en los análisis comparativos de las políticas de estado de bienestar.

Dicho autor, en su estudio, tiene en cuenta tres dimensiones de bienestar: los derechos sociales, medidos a través del índice de desmercantilización (es la medida en que el bienestar del individuo depende del mercado); la estratificación social, más concretamente el papel desempeñado por los estados en mantener o romper dicha estratificación social; y la combinación de bienestar de la familia público-privada, es decir, los roles del estado, la familia y el mercado en la provisión de bienestar. Como conclusión, distingue tres regímenes:

- Liberal (Reino Unido, EE.UU, Irlanda y Canada): se caracteriza por la relevancia de los mecanismos de mercado, con el objetivo primordial de ayudar a los que más lo necesitan.
- Conservador (Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Italia y en menor medida los Países Bajos): en este régimen los beneficios de bienestar van a depender del Estado.
- Socialdemócrata (países escandinavos de Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia): destacan por su gran volumen de transferencias sociales aportadas.

Más tarde, se encuentra la tipología de Ferrera (1996) que es similar a la tipología de Esping-Andersen (1990), sin embargo, la de Ferrera (1996) se centra en las diferentes formas en la que se presta el bienestar y, en cambio, Esping-Andersen (1990) enfatiza la cantidad de bienestar provisto. La tipología propuesta por Ferrera (1996) distingue entre el modelo nórdico (socialdemócrata), modelo continental (conservador), modelo anglosajón (liberal) y además añade un cuarto que es el modelo mediterráneo.

- **Modelo Nórdico (socialdemócrata):**
Este modelo está presente en los países de Dinamarca, Noruega, Suecia, Islandia y Finlandia. Se caracteriza por ser el modelo que presenta mayor protección para los ciudadanos. El Estado es el encargado de suministrar los servicios y las prestaciones se financian gracias a las cotizaciones. Presenta numerosas acciones cuyo objetivo es la reinserción de los desempleados en el mercado laboral.

- **Modelo Continental (conservador):**
Se encuentra en los países de Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Holanda y Luxemburgo. Se caracteriza por la obligatoriedad de cotizar con el objetivo de establecer un plan de previsión que cubra las necesidades sociales. Sus gastos están sobretodo orientados a las pensiones.

- **Modelo Anglosajón (liberal):**
Lo podemos encontrar en Reino Unido e Irlanda. Presenta una protección social menor. Se encarga de cubrir únicamente las necesidades básicas y son los propios individuos los que tienen que cubrirse sus necesidades ya que la concesión de ayudas depende de acciones de empleabilidad.

- **Modelo mediterráneo:**
Está presente en España, Grecia, Italia y Portugal. Este modelo presenta características propias tanto del modelo anglosajón como del continental con respecto a la intervención del Estado en los servicios prestados. Además destaca el papel de la familia en la vida de los individuos ya que se encarga de satisfacer ciertas necesidades (por ejemplo, el cuidado de los hijos o ancianos) que en otros tipos de regímenes son satisfechas por el Estado.

Además, se debe hacer mención a un quinto tipo de modelo de bienestar que son los países del este (República Checa, Estonia, Hungría, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia). Según Esping-Andersen (1999) son los países con regiones menos definidas y estudiadas y por ello no se van a tener en cuenta a lo largo del trabajo.

A continuación se realiza un estudio más detallado de lo que consiste cada modelo, en lo relativo a la materia de salud de la población.

2.1 Modelo Nórdico

De acuerdo con lo relatado en el apartado anterior, este modelo de Estado de Bienestar es el que mayor protección ciudadana realiza y presenta una alta calidad de vida.

2.1.1 Política fiscal

Entendemos por política fiscal a la rama de la política económica cuyos componentes son los impuestos y el gasto público, es decir, es lo relativo a las fuentes de financiación de la salud pública de estos países.

En este caso nos vamos a centrar en los impuestos, ya que de acuerdo con el estudio realizado por Fernando Arancón (2014), una de las formas que utiliza este modelo para lograr una equidad entre la población es redistribuir los impuestos de forma igualitaria, así toda la población puede acceder a una sanidad y educación pública, empleos...

En estos países se aplican los impuestos progresivos, es decir, el porcentaje del impuesto que tiene que soportar la población depende de su nivel de ingresos, a mayores ingresos mayores impuestos soporta. En la Tabla 1 se puede observar el porcentaje de impuestos directos e indirectos que pagan los ciudadanos en los países de Dinamarca, Finlandia y Suecia, en función de sus ingresos brutos. Los ingresos brutos están cuantificados usando como unidad de medida el quintil, donde el primer quintil es el conjunto de población con menores ingresos brutos, hasta llegar al último quintil que será el 20% de la población que tenga los mayores ingresos brutos. Como se puede observar en la Tabla 1, los impuestos son progresivos a medida que aumentan los ingresos de la población (nos desplazamos del primer quintil al quinto quintil) aumenta el porcentaje de impuestos que deben pagar.

Tabla 1 Distribución de impuestos directos e indirectos pagados por los hogares como porcentaje de su ingreso bruto por quintil de ingresos. 2010

	Primer quintil	Segundo quintil	Tercer quintil	Cuarto quintil	Quinto quintil
Dinamarca	40.8	40	42.2	43	44.6
Finlandia	19.3	25.2	27.9	31.6	35.9
Suecia	32.6	34.1	35.4	35.5	37.5

Fuente: Eurostat (estadísticas experimentales)

Lo que sucede en estos países es que como consecuencia de lo dicho anteriormente, las cargas impositivas son muy elevadas. Por ejemplo, en el caso de Dinamarca presenta un impuesto sobre la renta entre un 37,5% y un 59%, mientras que el impuesto sobre sociedades es un 24,5%, claramente inferior. Con todo esto se puede deducir que son los trabajadores los que asumen la carga impositiva de las posteriores ayudas sociales que pueden recibir.

2.1.2 Estructura del sistema sanitario

El modelo nórdico se caracteriza por tener una estructura del sistema sanitario descentralizado, de acuerdo con los estudios realizados por Progress Consulting S.r.l. y Living Prospects Ltd (2012), Javier Cabo Salvador (2010) y la información que proporciona la página web trabajarnoruega.es.

En el caso de Dinamarca, es relevante la actuación de las autoridades regionales y locales. El Ministerio del Interior y Salud tiene como funciones, entre otras, la legislación sanitaria y la de supervisión del personal

En Noruega, el Estado es el propietario de los hospitales y los centros de salud, aunque les permite cierta autonomía para administrarse, dependen de los recursos que éste les facilita.

En el caso de Suecia, el sistema sanitario es obligatorio, es decir, hay muy pocos seguros que sean voluntarios. Al igual que en el resto de países de este modelo, la sanidad se encuentra descentralizada y podemos encontrar las autoridades nacionales, regionales y locales. Con respecto a las autoridades nacionales, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales es el que se encarga del funcionamiento de dicho sistema. En el caso del nivel regional, los Consejos de las provincias se encargan de la financiación, y a su vez, están divididos en distritos para mejorar la coordinación. Por último, las autoridades locales, son las que se ocupan de proporcionar los servicios sociales como guarderías, geriátricos...

Finlandia también presenta una distribución del sistema sanitario donde destacamos a nivel nacional el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, al igual que en Suecia. Pero sobretodo, la función a destacar es la realizada a nivel municipal por los ayuntamientos, ya que son los que se encargan de determinar las características de la prestación, por ejemplo, la contratación de los especialistas o subcontratación de la prestación de los servicios.

2.1.3 Servicios prestados

Considerando los estudios, mencionados con anterioridad, realizados por Progress Consulting S.r.l. y Living Prospects Ltd (2012), Javier Cabo Salvador (2010) y la información suministrada por la página web trabajarnoruega.es, se analiza los servicios prestados por algunos de los países que componen este modelo nórdico.

En el caso de Dinamarca la atención primaria la llevan a cabo personal tanto autónomo como regional. Los ciudadanos (mayores de 16 años), pueden escoger entre acceder al médico general de forma gratuita o bien a un especialista, asumiendo los gastos que éste conlleve. También hay que destacar que tienen cobertura universal gratuita.

En Noruega los servicios son la mayoría públicos, aunque las instalaciones son tanto públicas como privadas. Los servicios de sanidad primarios están a cargo de los municipios.

En Suecia, los servicios de sanidad prestados son tanto públicos como privados. En el sector público cabe destacar la atención a los pacientes internos, mientras que lo relacionado con la asistencia de médicos y la ambulatoria se centra más en el sector privado.

En Finlandia, de acuerdo con lo dicho anteriormente, tienen una especial relevancia los municipios (los ayuntamientos) por ello, la población se encuentra cubierta por un sistema municipal mediante el cual son remitidos al centro de salud de su municipio. Los servicios prestados son, entre otros, la atención a pacientes internos, cuidados de maternidad, asistencia sanitaria escolar o cuidados a personas mayores. También se debe hacer mención a un aspecto negativo, que son las desigualdades sanitarias en las diferentes zonas geográficas como consecuencia de la autonomía de los ayuntamientos.

2.2 Modelo continental

En relación con el modelo continental se explicará, con más profundidad, lo relativo a la estructura y financiación de su sistema sanitario, de acuerdo con el estudio realizado por Progress Consulting S.r.l. y Living Prospects Ltd (2012).

2.2.1 Estructura del sistema sanitario

Con respecto a la estructura del sistema para los países pertenecientes al modelo continental se encuentra el caso de Alemania, donde las políticas relacionadas con la salud son elaboradas por el Gobierno Federal, los Länder y organizaciones de la sociedad civil.

Los Länder son los estados federados de Alemania, es decir, Alemania es una república federal que está formada por dieciséis estados federados y son ellos los encargados de garantizar la asistencia hospitalaria. También se debe aclarar que las organizaciones de la sociedad civil son organizaciones autónomas que representan los diferentes seguros de enfermedad existentes y las asociaciones de médicos.

En el caso de Austria, el mayor responsable de las políticas relacionadas con la salud es el Gobierno Federal, ya que se encarga de la normativa de los medicamentos, de las farmacias, los dispositivos médicos, los profesionales sanitarios y de la política estructural y de legislación correspondiente a los servicios ambulatorios.

Con respecto a Francia cabe destacar por un lado el Estado y el Seguro Médico Estatutario que son los encargados de la normativa y de las políticas sanitarias y, por otro lado, la Administración de Sanidad y Asuntos Sociales que presenta cuatro direcciones correspondientes a los ministerios, es decir, Ministerio de Sanidad, Juventud, Deportes y Asociaciones que se encargan de la gestión de los recursos. Además, se encuentra el Ministerio de Hacienda, Contabilidad Pública, Servicio Civil y Reformas Estatales que se encargan de las cuestiones financieras.

2.2.2 Financiación en materia sanitaria

En el caso de Alemania, en 2006, el mayor importe de financiación para el gasto sanitario procede de los medios públicos, un 77% y el resto mediante fuentes privadas. Los medios públicos son las contribuciones obligatorias al seguro médico y las subvenciones procedentes de los impuestos y los medios privados son las contribuciones al seguro médico privado.

La cuarta parte de este gasto sanitario corresponde a los hospitales.

En el caso de Bélgica, al igual que en Alemania, se caracteriza por la elevada financiación con fondos públicos de hasta un 71,3% en 2006. Su principal fuente son las contribuciones a la seguridad social y los impuestos federales, regionales y locales.

Francia, en cambio, tiene como mayor fuente de financiación del gasto sanitario al ya mencionado Seguro Médico Estatutario, ya que en 2007 financió tres cuartas partes del gasto total. El resto se cubrió con medios complementarios como son los fondos estatales o el seguro médico voluntario.

2.3 Modelo anglosajón

En los dos apartados siguientes se estudia lo relativo a la estructura y financiación del sistema sanitario de Irlanda y Reino Unido, los dos únicos países que componen este modelo. Este estudio se realiza a partir de los trabajos realizados por Progress Consulting S.r.l. y Living Prospects Ltd (2012) y Javier Cabo Salvador (2010).

2.3.1 Estructura del sistema sanitario

En Irlanda la principal responsabilidad del sistema sanitario la ejerce el Gobierno a través del Departamento de Sanidad e Infancia, que a su vez depende del Ministerio de Sanidad e Infancia, el cual se encarga tanto de la organización como de la legislación y regulación del servicio sanitario, así como del control del Servicio Ejecutivo de Salud. Éste último se creó en 2005 con el objetivo de controlar las funciones presupuestarias de la sanidad y asumir la responsabilidad de los servicios sanitarios, además dispone de cuatro áreas administrativas (Oeste, Sur, Dublín Noreste y Dublín Mid-Leinster) para facilitar la coordinación de los servicios prestados.

En Reino Unido destaca el National Health Service, que se financia con impuestos generales nacionales y que se encarga de suministrar asistencia sanitaria pública a través de los proveedores públicos. Además cada uno de los cuatro países que constituyen Reino Unido, es decir, Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte, presentan su propio National Health Service.

2.3.2 Financiación en materia sanitaria

En el caso de Irlanda, la principal fuente de financiación en el gasto sanitario procede de los impuestos, hasta un 78,3% del gasto social fue financiado por impuestos en 2006. Entre los impuestos se encuentran el IVA, impuesto sobre la renta, impuesto de sociedades o los impuestos específicos. El resto de financiación se consigue mediante pagos de fuentes privadas por los servicios prestados.

En cambio en Reino Unido el gasto sanitario se financia sobre todo con fondos públicos, ya sean los procedentes de los impuestos como de las contribuciones al seguro nacional.

2.4 Modelo mediterráneo

A continuación se analiza la protección social y la atención sanitaria nacional para este modelo de Estado de Bienestar, teniendo en cuenta el estudio realizado por Mauricio Ferrera (1996).

2.4.1 Protección social

Lo primero que se debe remarcar es la fragmentación de ingresos que presentan estos países del sur de Europa, más concretamente España, Italia, Portugal y Grecia. Es decir, existen numerosas diferencias entre los ciudadanos en función de su desempeño en el mercado laboral y sus contribuciones. Esta fragmentación sobre todo se puede encontrar en Italia y Grecia, España se encuentra un nivel medio y Portugal es el que menor nivel presenta ya que solo diferencia entre categorías privadas y públicas.

Con respecto a la protección que realiza se puede diferenciar entre una alta y baja protección, es decir, existe una parte de la población que está altamente protegida, como son los empleados públicos, empleados administrativos o los asalariados privados que presentan seguridad laboral, es decir, gozan de elevadas pensiones y beneficios, ya sea por baja de maternidad, enfermedad... En cambio, el resto de la población que se encuentra en peores condiciones, ya sea que no tienen un trabajo estable, sean desempleados... son los que se encuentran desprotegidos.

En estos países las personas que presentan problemas de invalidez o vejez van a estar poco protegidas, pero aquellos que no sean ni inválidos, ni de elevada edad y que no tengan fuente de ingresos no van a estar nada protegidos.

La Tabla 2 recoge los gastos sociales (en porcentaje del Producto Interior Bruto) que realizan los países del sur de Europa, con respecto a la discapacidad y a la exclusión social de los ciudadanos.

Como se observa, los gastos en discapacidad son similares entre los cuatro países, aunque Portugal presenta un porcentaje algo superior, un 0,1% más elevado. En el caso de los gastos en exclusión social ocurre parecido, es decir, los países presentan similares gastos, excepto Grecia que presenta un 0,1% menos. Además, cabe decir que los gastos en discapacidad son superiores a los gastos de exclusión social realizados por los cuatro países.

Tabla 2 Gasto social, porcentaje del Producto Interior Bruto. 2015

	Gasto en discapacidad	Gasto en exclusión social
Grecia	1,7	0,1
España	1,7	0,2
Italia	1,7	0,2
Portugal	1,8	0,2

Fuente: Eurostat

2.4.2 Atención sanitaria nacional

Inicialmente en España, Italia, Portugal y Grecia la atención sanitaria, al igual que la protección social analizada en el apartado anterior, se caracterizaba por su fragmentación en función del desempeño ocupacional de cada ciudadano. Esta fragmentación se ha ido corrigiendo en las dos últimas décadas y se ha ido tendiendo hacia el universalismo, es decir, tienen como principio básico garantizar el cuidado de la salud de los ciudadanos a través de una atención sanitaria de acceso abierto y gratuito.

En Italia se encuentra la reforma realizada en 1978, mediante la cual se eliminó los esquemas ocupacionales existentes y todos los ciudadanos pasaron a formar parte del nuevo Servicio Nacional de Salud, que ofrecía servicios igualitarios a través de una única estructura.

En Portugal el inicio hacia el universalismo tuvo lugar en 1976. Sin embargo, estas reformas no fueron tan radicales como en Italia ya que solo la parte de la población más vulnerable (inmigrantes, drogadictos...) usaba el Servicio Nacional de Salud y la parte de la población con mayores recursos disponía de condiciones privilegiadas.

En España el universalismo se introdujo en 1986 con la Ley General de Sanidad pero, al igual que en Portugal, el universalismo no se logró plenamente ya que la parte de la población que se encontraba en mejores condiciones disponía de un trato más favorable que el resto de la población que no disponía de tantos recursos.

En Grecia aún se mantienen las diferencias con respecto a la atención sanitaria de la población, ya que éstas varían en función del desempeño ocupacional de cada ciudadano.

3. LAS VARIABLES POLÍTICAS Y SU INFLUENCIA

Se han realizado numerosos estudios sobre la salud de la población, pero en la mayoría de los casos no han tenido en cuenta las variables políticas, es decir, la orientación política de los gobiernos y los efectos que producen las políticas aplicadas en la salud.

También se pueden encontrar excepciones, como es el caso de Navarro (1993) que realizó un estudio acerca de la comparación entre aquellos países que presentan iguales niveles de desarrollo y tiene en cuenta los diferentes regímenes políticos de estos países y su influencia sobre el nivel de salud y de desigualdad en ingresos de la población. Para ello clasifica los principales países capitalistas en función de la fuerza política que presentaban durante el período de implantación de los Estados de Bienestar (1945-1980), distinguiendo entre: los socialdemócratas, demócratas cristianos, liberales y dictaduras fascistas.

A continuación se realiza un estudio de cada uno de ellos:

- **Socialdemócratas**

Se refiere a Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca y Austria. Estos países han estado gobernados por partidos socialdemócratas en la mayor parte del tiempo entre 1945 y 1980, y se caracterizaron por políticas cuya fuerza residía en los movimientos obreros, junto con la unión con otros sectores (agricultores) y diferentes clases sociales.

Esto es la principal razón de la reducción de las desigualdades en ingresos, como se puede observar en la Tabla 3, que nos muestra la información de 1995 (fecha mas antigua de la que se conservan los datos) relativa a la desigualdad de ingresos de los países que componen los diferentes modelos. Esta desigualdad de ingresos se mide mediante el cociente entre mayor quintil (20% de la población con el ingreso más alto) y el menor quintil (20% de la población con el ingreso más bajo). Cuanto mayor sea el dato obtenido de dicho cociente, mayor será la desigualdad de ingresos, y viceversa.

Observando dicha tabla, se ve claramente que los países socialdemócratas son los que presentan menores desigualdades que el resto de países, un 3,5% frente a un 6,6% de los países fascistas.

Además, los socialdemócratas se caracterizan por la implantación de políticas con el objetivo del pleno empleo y universalistas, es decir, que intentan abarcar a todo el conjunto de la población, y, por ello, en la Tabla 3 se ve que la participación de la mujer en el mercado de trabajo es mucho más elevada que en el resto de países, una tasa de actividad de la mujer de un 70,6%, cuando el más cercano a dicha cifra es un 56,6% de los países liberales.

Tabla 3 Desigualdad en la distribución del ingreso (%) y tasa de actividad de las mujeres (%). Edad de 15 a 64 años. 1995

	Desigualdad de ingresos	Fuerza de trabajo (mujeres)
SOCIAL-DEMÓCRATAS (media)	3,5	70,6
Austria	4	62,3
Dinamarca	2,9	73,3
Noruega	-	72,3
Suecia	-	75,9
Finlandia	-	69,4

DEMÓCRATAS CRISTIANOS (media)	4,7	54,9
Alemania	4,6	61,3
Suiza	-	-
Italia	5,9	42,4
Francia	4,5	60,6
Bélgica	4,5	51,7
Países Bajos	4,2	58,3
LIBERALES (media)	5,2	56,6
Estados Unidos	-	-
Canadá	-	-
Irlanda	5,1	47,1
Reino Unido	5,2	66
FASCISTAS (media)	6,6	49,7
España	5,9	45,8
Grecia	6,5	44,3
Portugal	7,4	59,1

Fuente: Eurostat

- Demócratas cristianos

Comprende los países de Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Países Bajos y Suiza. Estos países se caracterizan por estar dirigidos por partidos conservadores, durante la mayor parte del periodo comprendido entre 1945 y 1980, que se definen a ellos mismos como democristianos, ya que están basados en la tradición cristiana.

Una característica relevante que destaca Navarro (1993), es que estos países son muy heterogéneos entre ellos y además, en ocasiones, pueden formar una coalición con otros partidos como pueden ser los socialdemócratas. Sin embargo, en esta unión el partido predominante en la toma de decisiones eran los partidos conservadores.

Otra característica es la presencia del cabeza de familia masculino, es decir, el nivel de vida de la familia va a depender del salario y la pensión que recibe la figura masculina que la sostiene.

Además, cargan el peso en la familia para la provisión de servicios a los ancianos, discapacitados o los niños. Como consecuencia de todo ello, la mujer presenta unas tasas muy bajas de participación en el mercado de trabajo (una tasa de actividad femenina de 54,9% en comparación con los socialdemócratas que presentan un 70,6%). Sin embargo, se debe mencionar que la tasa de participación femenina más baja en el mercado de trabajo es la de las dictaduras fascistas, de un 49,7%.

- Dictaduras fascistas

Comprende los países de España, Grecia y Portugal. Estos países estuvieron gobernados por regímenes fascistas desde 1945 hasta 1980, en la mayor parte del tiempo. Sus dictaduras iban contra las clases sociales bajas, sobretodo contra la clase trabajadora.

Durante el periodo fascista el gasto público referente a la atención y cobertura médica era el más bajo en relación al resto de países.

Se debe destacar la elevada desigualdad de ingresos presente en estos países, como se observa en la Tabla 3, de un 6,6%, el porcentaje más elevado en relación con el resto de políticas. Esta desigualdad tiene su origen en las diferencias de salarios y el poco esfuerzo redistributivo del Estado.

También se debe hacer mención a la poca participación de la mujer en el mercado de trabajo, ya que como se muestra en dicha tabla, la tasa de actividad de la mujer es de un 49,7%, mientras que los socialdemócratas presentan un 70,6%. Esto se debe a que las dictaduras estaban influenciadas por la tradición católica, la cual concebía a la mujer como la persona encargada del cuidado de la familia. Con la aparición de la democracia se hicieron numerosas reformas para corregir el problema de la desigualdad de ingresos y la poca participación laboral de la mujer.

- Liberales

Está formado por Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Reino Unido. Este grupo se caracteriza por una mano de obra débil y clase capitalista fuerte.

En estos países los partidos que han ostentado el poder destacaban por la mínima intervención del Estado, por ello las funciones de bienestar las realiza el sector privado y el Estado solo cubre lo mínimo.

En estos países los salarios son con tendencia a la baja y requieren la intervención de todos los miembros de la familia, lo que explica la alta tasa de actividad de la mujer que se observa en la Tabla 3 de un 56,6%, solo superada por los socialdemócratas que presentan un 70,6%. Además, se debe destacar como excepción el caso de Irlanda, que presenta solo un 47,1%, debido a la influencia de la tradición católica.

4. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

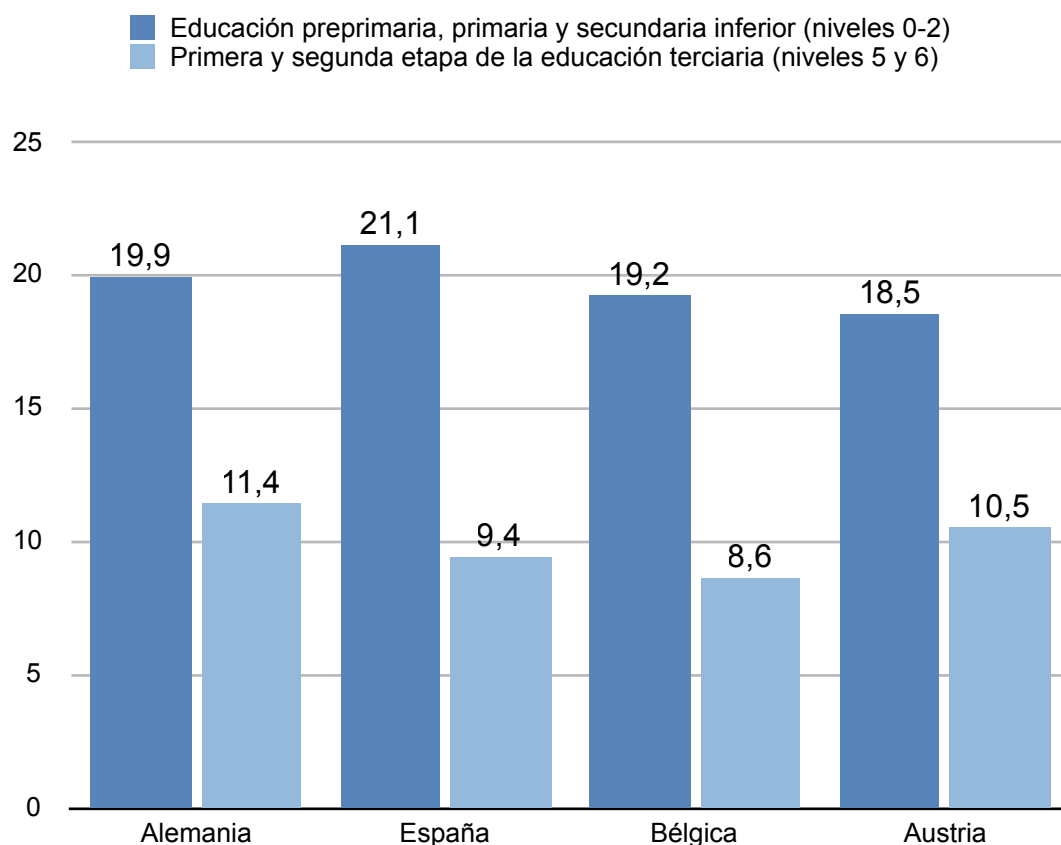
Uno de los estudios relevantes sobre las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población es el realizado por Mackenbach et al (2017) sobre 17 países europeos durante 1970-2010, cuyo objetivo era encontrar una explicación a las diferencias socioeconómicas en la mortalidad. De todo ello se obtuvo que el consumo de tabaco, alcohol y la pobreza aumentan la mortalidad y también, que los países que presentan menos desigualdades en mortalidad son aquellos que presentan mayor ingreso nacional, transferencias sociales o gasto en sanidad.

La relación entre las desigualdades en salud y las políticas de los Estados de Bienestar llevadas a cabo en los diferentes países de Europa es un tema de especial controversia. Esta controversia se ve claramente en lo sucedido con los países nórdicos, ya que llevan a cabo medidas de bienestar generosas y no presentan menores desigualdades en salud que otros países con un régimen más liberal (Reino Unido) o aquellos cuyas medidas están más orientadas a la familia (países del sur de Europa). Esto es lo que Mackenbach ha denominado “la paradoja nórdica”.

Por un lado, ha realizado un estudio en 2012, que trata de explicar la existencia de estas desigualdades socioeconómicas de la salud de la población y, por otro lado, también ha realizado investigaciones sobre el origen de estas desigualdades socioeconómicas en la salud, concluyendo que dependen de tres factores: en primer lugar, las diferencias en la asignación de los recursos (ingresos, riqueza, vivienda...); en segundo lugar, los cambios que se han producido en la movilidad y estratificación social; y por último, la disminución de la mortalidad y la mejora de la salud de la población que va a afectar más a la población que presente mayores niveles de educación, ya que los tratamientos y las prevenciones tienen un mayor alcance y efectividad en estos, gracias al acceso más fácil y su preocupación por su salud. Como consecuencia de esto, los hábitos de vida no saludables, como son, el tabaco, la falta de actividad física o la obesidad, son más frecuentes en la población de más bajo nivel educativo, Mackenbach (2017).

El Gráfico 1 muestra el índice de masa corporal (obesidad) para la población con distinto nivel educativo, es decir, cuanto mayor es el dato del índice de masa corporal, peor es la salud de la población ya que presenta mayor obesidad. Los datos del gráfico son los correspondientes a los países de Alemania, España, Bélgica y Austria, no se han incluido los países que componen el modelo nórdico debido a la falta de datos disponibles. De conformidad con lo relatado con anterioridad, los peores datos del índice de masa corporal son para la población que tiene un nivel educativo más bajo (niveles 0-2), en todos los países analizados.

Gráfico 1 Índice de masa corporal (obesidad) por nivel educativo. 2008



Fuente: Eurostat

Sin embargo, existe controversia con lo afirmado por Mackenbach (2017) en lo referente a la distribución desigual de los ingresos, ya que en ocasiones las desigualdades en mortalidad no dependen de ellos, ya que tanto en periodos de aumento, disminución y estabilidad en las diferencias del nivel de ingresos, las desigualdades en mortalidad han aumentado. Esto se demuestra con la Tabla 4, más concretamente con los datos del coeficiente de Gini (escala de 0 a 100, donde 0 es la perfecta igualdad de ingresos y 100 la perfecta desigualdad de ingresos) y de la esperanza de vida para la población de menos de 1 año de edad para los países que componen el modelo nórdico. En el caso de Dinamarca, a medida que aumenta la esperanza de vida de 2014 a 2016, el coeficiente de Gini no sigue una tendencia clara en dichos años, es decir, de 2014 a 2015 disminuye y en 2016 vuelve a aumentar. En Islandia, donde la esperanza de vida, en este caso, disminuye de 2014 a 2016, el coeficiente de Gini aumenta de 2014 a 2015, pero en 2016 disminuye.

Por tanto, estos datos parecen contradecir lo expuesto por Mackenbach (2017) ya que no existe una relación entre la esperanza de vida y la desigualdad de ingresos, medida por el coeficiente de Gini. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el horizonte temporal tan escaso podría condicionar los resultados.

Tabla 4 Coeficiente de Gini del ingreso disponible equivalente y esperanza de vida. 2014-2016

	2014	2015	2016
DINAMARCA			
Esperanza de vida	80,7	80,8	80,9
Coeficiente de Gini	27,7	27,4	27,7
FINLANDIA			
Esperanza de vida	81,3	81,6	81,5
Coeficiente de Gini	25,6	25,2	25,4
SUECIA			
Esperanza de vida	82,3	82,2	82,4
Coeficiente de Gini	26,9	26,7	27,6
ISLANDIA			
Esperanza de vida	82,9	82,5	82,2
Coeficiente de Gini	22,7	24,7	24,1
NORUEGA			
Esperanza de vida	82,2	82,4	82,5
Coeficiente de Gini	23,5	23,9	25

Fuente: Eurostat

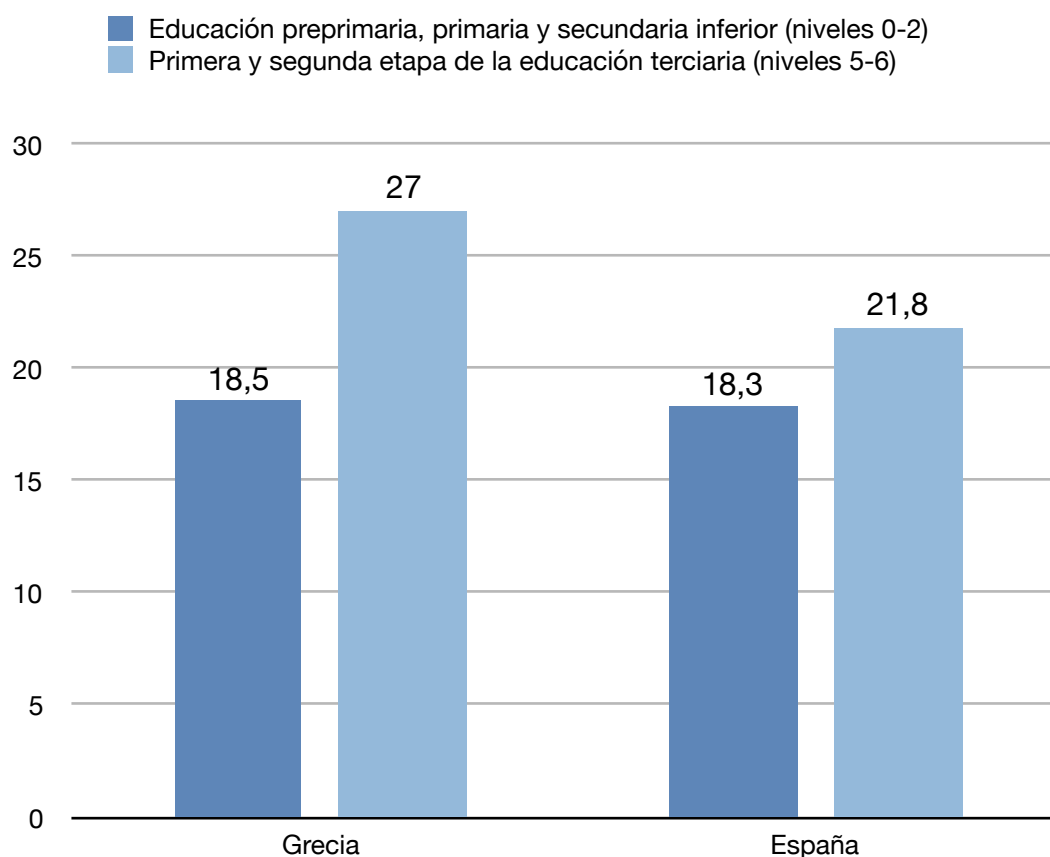
El problema de la paradoja mencionada es, que aunque han conseguido reducir las desigualdades económicas de la población de los países nórdicos, no han proporcionado una infraestructura social que permita que los ciudadanos que se encuentren en situaciones desfavorables puedan hacer frente a los diversos problemas que pueden surgir en su vida cotidiana.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Hudson y Kühner (2009) exponen que en los países nórdicos, con su política proteccionista, lo que consiguen es desmotivar la creatividad y el espíritu emprendedor de la población, los cuales son elementos básicos para que un país sea competitivo económicamente. Por su parte Room (2002) añade que la política de bienestar debería dirigirse a potenciar individualmente a la población. Sin embargo, también hay que considerar que para que estas políticas funcionen, deben existir previamente ciertos comportamientos individuales de los ciudadanos, como son la capacidad de actuar o de afrontar desafíos.

Por otro lado, están los países del sur de Europa en los que la paradoja influye a la inversa, es decir, estos países no presentan políticas sociales o sanitarias igualitarias y sin embargo, presentan pocas desigualdades en mortalidad. Esto se debe a que la modernización económica, social y cultural no tuvo lugar hasta mucho más tarde que el resto de países debido a las dictaduras militares que se dieron en dicho periodo.

Por ejemplo, como se muestra en el Gráfico 2, el número de cigarrillos fumados diariamente por las mujeres es mayor en aquellas que tienen mayores niveles de educación que en las que tienen menos, por tanto, las desigualdades no son tan elevadas.

Gráfico 2 Fumadoras diarias de cigarrillos por nivel educativo. 2008



Fuente: Eurostat

De todo esto se puede obtener como conclusión que las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población son dinámicas. Estas desigualdades dependen de numerosos factores incluso de algunos que escapan del control de la población como son las tendencias en la estratificación y movilización social y también pueden depender de la modernización.

Además en las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población hay que tener en cuenta las diferencias de género (hombres o mujeres) en cada uno de los regímenes de Estados de Bienestar. Sobre esto no se han realizado numerosos estudios, sin embargo, podemos destacar el artículo de Bambra et al (2009) que tiene en cuenta la relación entre el género de la población y la autoevaluación de la salud.

En la Tabla 5 se muestran los datos de la salud autopercebida (%) como "muy bien" y "muy mal" para hombres y mujeres de 16 años o más, de cada uno de los países que componen cada régimen de Estado de Bienestar. De acuerdo con Bambra et al (2009) la relación entre la salud autopercebida y el género de la población va a variar en cada régimen de bienestar. Como se puede observar en todos los regímenes, la salud autopercebida como "muy bien" es superior en los hombres que en las mujeres, excepto en los países nórdicos. En el caso de la salud autopercebida como "muy mal" es, en todos los modelos, inferior la de los hombres que la de las mujeres.

Según Bambra et al (2009) los países nórdicos, que llevan a cabo políticas más igualitarias, deberían tener unas diferencias de género en la salud autopercebida menores que en el resto de países, sin embargo, esto no es así, ya que como se puede observar en el caso de la salud autopercebida como "muy bien" de la población, es en los países nórdicos donde hay más diferencia entre hombres y mujeres.

En el caso de España la salud autopercebida, tanto como "muy bien" como "muy mal", es muy baja en comparación con la mayoría de países.

Tabla 5 La salud autopercebida por sexo y edad. 2016

	Muy bien	Muy mal
NÓRDICOS (media)		
Hombres	20,2	1,3
Mujeres	25,2	1,5
Dinamarca		
Hombres	27,8	2,2
Mujeres	25	2,1
Noruega		
Hombres	28,5	1,1
Mujeres	28,8	1,5
Suecia		
Hombres	30,2	0,9
Mujeres	27,9	1,4
Finlandia		
Hombres	21,3	0,9
Mujeres	19	1

CONTINENTAL (media)		
Hombres	26,7	1,4
Mujeres	23,3	1,8
Alemania		
Hombres	19,6	1,2
Mujeres	16,3	1,6
Austria		
Hombres	32,5	1,4
Mujeres	31,1	2
Francia		
Hombres	23,7	0,9
Mujeres	20,2	1,1
Bélgica		
Hombres	32,5	1,9
Mujeres	27,4	2,2
Luxemburgo		
Hombres	25,1	1,4
Mujeres	21,4	2,2
MEDITERRÁNEO (media)		
Hombres	21,5	2
Mujeres	18,5	2,7
España		
Hombres	17,2	1,1
Mujeres	13,9	1,8
Grecia		
Hombres	47,3	2,7
Mujeres	42,7	3
Italia		
Hombres	11,4	1,1
Mujeres	9,7	1,4
Portugal		
Hombres	9,9	3
Mujeres	7,6	4,5
ANGLOSAJÓN (media)		
Hombres	36,4	1,3
Mujeres	36	1,5

Reino Unido		
Hombres	31,2	2
Mujeres	30,5	1,9
Irlanda		
Hombres	41,6	0,6
Mujeres	41,5	1

Fuente: Eurostat

5. EL PROBLEMA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LAS REFORMAS DE LAS PENSIONES

De conformidad con el estudio realizado por Aysan (2009), la aparición de los Estados de Bienestar generó un cambio en la sociedad. Un ejemplo de ello es que anteriormente las personas trabajaban hasta que eran discapacitados o no gozaban de buena salud y sin embargo, con el surgimiento de los Estados de Bienestar, se produjo una disminución de la fuerza de trabajo de aquellas personas que tuviesen 55 años o más.

El objetivo de los Estados de Bienestar es el logro de unos estándares de vida más altos para sus ciudadanos, a través de las mejoras de las pensiones y los servicios de salud.

Este objetivo era fácil de cumplir durante el período de posguerra correspondiente a la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, con el paso de tiempo la población de mayor edad fue aumentando, lo que trajo consigo unos mayores costes de salud y de jubilación, lo que ocasionó que este objetivo de los Estados de Bienestar fuese más difícil de llevar a cabo.

Los datos de la Tabla 6 nos muestran la esperanza de vida, la tasa de fertilidad y el porcentaje de población de más de 65 años para los diferentes regímenes vistos anteriormente.

En primer lugar se encuentra lo relativo a la esperanza de vida, que en este caso son datos correspondientes a la esperanza de vida de la población de menos de 1 año para los distintos países, es decir, en el caso de España, país cuya esperanza de vida es la más elevada, los nacidos en 2016 tienen una esperanza de vida de casi 84 años.

La mayor esperanza de vida es para los países mediterráneos, seguidos de cerca por los continentales y los nórdicos y ya más alejados por los anglosajones.

En relación a la fertilidad, se muestran los datos de las tasas de fertilidad total para dichos países. En este caso, el orden es el inverso a la esperanza de vida, en primer lugar están los anglosajones y por último los mediterráneos.

Finalmente, se encuentra el porcentaje de población de más de 65 años, siendo los países del mediterráneo los que presentan el dato más elevado, seguidos por los continentales y los nórdicos, hasta llegar a los anglosajones que disponen del dato más bajo.

Como conclusión, los países del mediterráneo son los que mayor población envejecida presentan, ya que la esperanza de vida es muy elevada y la tasa de fertilidad muy baja. Al contrario que los países anglosajones, que presentan una esperanza de vida relativamente baja y una elevada tasa de fertilidad, lo que hace que su población no esté tan envejecida.

Tabla 6 Esperanza de vida, tasa de fertilidad total y porcentaje de población de más de 65 años. 2016

	Esperanza de vida	Tasa de fertilidad	Población de más de 65 años
NÓRDICOS (media)	81,9	1,7	17,9
Dinamarca	80,9	1,8	18,8
Noruega	82,5	1,7	16,4
Suecia	82,4	1,9	19,8
Islandia	82,2	1,7	13,9
Finlandia	81,5	1,6	20,5
CONTINENTAL (media)	81,9	1,6	18,1
Alemania	81	1,6	21,1
Austria	81,8	1,5	18,4

Francia	82,7	1,9	18,8
Bélgica	81,5	1,7	18,2
Luxemburgo	82,7	1,4	14,2
MEDITERRÁNEO (media)	82,4	1,4	20,7
España	83,5	1,3	18,7
Grecia	81,5	1,4	21,3
Italia	83,4	1,3	22
Portugal	81,3	1,4	20,7
ANGLOSAJÓN (media)	81,5	1,8	15,6
Reino Unido	81,2	1,8	17,9
Irlanda	81,8	1,8	13,2

Fuente: Eurostat

Como consecuencia del envejecimiento de la población, el tema de las pensiones es de especial relevancia, ya que la población de elevada edad, que se encuentra jubilada, en su mayoría no solo no aporta al mercado laboral, sino que además precisa de gastos sociales como son las pensiones, mayoritariamente las de jubilación.

En algunos casos se encuentra además el problema de que los Estados de Bienestar proporcionan elevados beneficios para la población jubilada, lo que ocasiona que muchos ciudadanos opten por jubilarse anticipadamente, lo que agrava aún más este problema. Como consecuencia de ello, se han realizado cambios en las pensiones para tratar de buscar un equilibrio entre los beneficios de la jubilación anticipada o permanecer en el mercado laboral.

Pierson (2001) lleva a cabo un estudio de los regímenes en función de la orientación que están experimentando hacia la remercantilización, la contención de costes y la recalibración.

La remercantilización consiste en el esfuerzo de revertir la dependencia de la población del Estado, es decir, intentar que el Estado no proteja en exceso a la población de las presiones del mercado.

La contención de costes consiste, como su propio nombre indica, una serie de políticas con el objetivo de reducir los costes y el déficit.

La recalibración comprende dos dimensiones: en primer lugar, la racionalización, que consiste en la modificación de las políticas sociales con el objetivo de cumplir la finalidad de bienestar; y, en segundo lugar, la actualización, es decir, la adaptación de las políticas sociales a los cambios que se puedan producir, ya sea en la sociedad, en la economía...

A continuación se realiza un estudio de las reformas de las pensiones de los diferentes regímenes, de acuerdo con estas tres dimensiones de Pierson (2001):

- **Modelo anglosajón:**

En estos países las reformas de las pensiones se han localizado en la contención de costes, es decir, se han reducido en las dos últimas décadas las transferencias sociales y las reformas se centran en aquellas personas que más las necesitan, empleando los incentivos fiscales, como la exención de impuestos, para aumentar el recurso de las pensiones privadas.

Entre sus reformas de pensiones, cabe destacar que han aumentado la edad de jubilación en algunos países, como es el caso de Reino Unido, que lo aumentó de 60 a 65 años y además los trabajadores pueden escoger sus planes de pensiones privados en función de sus necesidades.

- **Modelo nórdico**

En estos países cabe destacar la actuación importante realizada por el Estado con respecto a las necesidades sociales de los ciudadanos. Trata de impulsar el individualismo y eliminar la dependencia de las familias a través de las disposiciones de bienestar que desempeña el Estado, como es el caso del impulso de la mujer en el mercado laboral.

- Modelo continental

Este modelo optó por la jubilación anticipada para poder solucionar el problema del desempleo, sin embargo, con las reformas, esto se eliminó con el objetivo de aumentar la vida laboral de los ciudadanos y la reducción de los costes.

- Modelo mediterráneo

Entre sus reformas se pueden destacar el aumento de la edad de jubilación anticipada y la implantación de un sistema de pensiones privadas. Con estas reformas se quería cumplir con las tres dimensiones de Pierson.

Como se puede observar cada modelo aborda el problema del envejecimiento con diferentes perspectivas de reformas, sin embargo, también aparecen aspectos en común como es el retraso de la edad de jubilación y una mayor dependencia de los planes privados. Por ello se puede concluir que no existe un único camino en las reformas de las pensiones para poder disminuir los gastos que éstas conllevan.

6. CONCLUSIONES

Como resultado del estudio realizado sobre la relación entre la salud de los ciudadanos europeos y los Estados de Bienestar, se pueden obtener diferentes conclusiones. Comparando el estudio de las variables políticas y su influencia en los diferentes modelos de Bienestar, para un periodo de tiempo anterior, y las características que presentan dichos modelos en la actualidad, se puede concluir que existe relación, es decir, las características que presentan estos modelos en la actualidad van a depender de su tradición política.

Los nórdicos, al estar gobernados de manera mayoritaria en el tiempo por partidos socialdemócratas, que tienden a políticas de pleno empleo y universalistas, ocasionan que los recursos se encuentren mejor distribuidos, y esto hace que la desigualdad de ingresos sea baja y que la participación de la mujer en el mercado laboral sea elevada.

Los continentales al estar liderados durante largos periodos por partidos conservadores, que no dan tanta importancia a la igualdad de recursos, provocan que la fuerza de trabajo de la mujer sea menor. Los anglosajones, que han estado liderados por partidos liberales cuyas medidas aplicadas solo satisfacían necesidades básicas, hacen que todos los miembros de la familia tengan que participar en el mercado laboral y por ello la fuerza de trabajo de la mujer es más elevada. En el caso de los mediterráneos, liderados antiguamente por dictaduras fascistas, que han destinado pocos esfuerzos en el efecto redistributivo, hacen que en la actualidad haya una elevada desigualdad de ingresos en los países que componen este modelo y además como dichas dictaduras fascistas estaban influenciadas por la tradición católica, la mujer tiene poca participación en el mercado laboral.

También se ha llevado a cabo el estudio de la relación existente entre la educación y el sexo con la sanidad. La relación no es la misma en todos los modelos ya que, en el caso de los nórdicos, a mayor educación mayor preocupación por la salud. Sin embargo, en los mediterráneos el efecto es el contrario. Esto se debe a que en los países mediterráneos, que estuvieron liderados por dictaduras militares, los efectos de la modernización económica, social y cultural no llegaron hasta mucho más tarde, lo cual pone de manifiesto de nuevo la importancia de los gobiernos que lideran los países.

Por último, se estudia un problema al que se enfrentan en la actualidad todos los modelos de Estados de Bienestar, el problema de una población envejecida, lo cual ocasiona que los objetivos de bienestar sean más difíciles de cumplir. Como consecuencia de ello se concluye que no solo hay un único camino para solventarlo, sino que cada modelo de bienestar ofrece soluciones diferentes como son el atraso de la edad de jubilación o una mayor dependencia de los planes privados.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Referencias procedentes de Internet:

- De los orígenes del Estado de Bienestar, disponible en:
<http://sociologos.com/2013/11/21/de-los-origenes-del-estado-del-bienestar/>
- El Estado de Bienestar, disponible en:
<http://rubenzamoraysushistorias.blogspot.com.es/2010/10/el-estado-de-bienestar.html>
- Los cuatro modelos de Estado de Bienestar europeos, disponible en:
<https://www.jubilaciondefuturo.es/es/blog/los-cuatro-modelos-de-estado-de-bienestar-europeos.html>
- Estado de Bienestar y los cuatro modelos europeos, disponible en:
<https://es.slideshare.net/pepafrib/estado-de-bienestar-y-los-cuatro-modelos-europeos-1148866>
- Las claves del modelo de bienestar nórdico, disponible en:
<http://www.unitedexplanations.org/2014/09/25/el-modelo-de-bienestar-nordico/>
- Cómo es el sistema de sanidad pública Noruega, disponible en:
<http://www.trabajarnoruega.es/sanidad-noruega.htm>
- La gestión de los sistemas sanitarios en los Estados miembros de la UE: la función de los entes locales y regionales, disponible en:
<https://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/health-systems/health-systems-es.pdf>
- Sistemas Sanitarios en la Unión Europea
<http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

7.2 Referencias de artículos

- Aysan, M.F, (2009): «Welfare regimes for ageing populations: divergence or convergence?», *Department of Sociology, University of Western Ontario, London, Ontario*, working paper.
- Bambra, C, Pope, D, Swami, V, Stanistreet, D, Roskam, A, Kunst, A y Scott-Samuel, A, (2009): «Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries», *J Epidemiol Community Health*, 63, pp. 38-44.

- Eikemo, T.A, Huisman, M, Bambra, C y Kunst, A.E, (2008): «Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries», *Sociology of Health & Illness*, 30, pp. 565-582.
- Eikemo, T.A y Bambra, C, (2008): «The welfare state: a glossary for public health», *J. Epidemiol Community Health*, 62, pp. 3-6.
- Ferrera, M, (1996): «The “southern model” of welfare in social Europe», *Journal of European Social Policy*, 6, pp. 17-37.
- Hurrelmann, K, Rathmann, K y Richter, M, (2011): «Health inequalities and welfare state regimes. A research note», *J Public Health*, 19, pp. 3-13.
- Mackenbach, J.P, (2012): «The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox», *Social Science & Medicine*, 75, pp. 761-769.
- Mackenbach, J.P, (2017): «Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe», *European Journal of Public Health*, 27, pp. 14-17.
- Mackenbach, J.P, Bopp, M, Deboosere, P, Kovacs, K, Leinsalu, M, Martikainen, P, Menvielle, G, Regidor, E y de Gelder, R, (2017): «Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries», *Health & Place*, 47, pp. 44-53.