



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Economía

Análisis comparativo del Bienestar Social en Europa: Países Escandinavos y Mediterráneos

Presentado por:

Ismael Bernal Calvo

Tutelado por (a cumplimentar voluntariamente):

Araceli Rodríguez López

Valladolid, 30 de Junio de 2019

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL BIENESTAR	2
2. EL ESTADO DEL BIENESTAR EN EUROPA	8
2.1. Objetivos del Estado del Bienestar.....	10
2.2 Indicadores del Bienestar	11
2.3 El Estado del Bienestar en España	18
2.3.1 El sistema de prestaciones.....	19
2.4 El Estado del Bienestar en los países nórdicos.....	20
2.4.1 Políticas de gobierno a favor del bienestar.....	21
3 SANIDAD EN EUROPA	23
3.1 Indicadores de la sanidad.....	25
3.2 Sanidad en España:	31
3.3 Sanidad en Noruega:	32
4 EDUCACIÓN EN EUROPA.....	34
4.1 Indicadores del sistema educativo	34
4.2 La educación en España:	40
4.3 La educación en Finlandia.....	43
5. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA RELEVANCIA DEL GASTO SOCIAL SOBRE LA RENTA NACIONAL	47
CONCLUSIONES.....	51
ANEXO.....	52
BIBLIOGRAFÍA	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1.1: Utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth.....	2
Gráfico 1.2: Desequilibrio en las utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth con restricción presupuestaria	3
Gráfico 1.3: Equilibrio en las curvas isocuantas e isocoste de los factores productivos K y L en la Caja de Edgeworth.....	4
Gráfico 1.4: Equilibrio en las utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth, y equilibrio en la frontera de posibilidades de producción de la economía.....	5
Gráfico 1.5: Incremento del bienestar en la relación negativa entre las utilidades de los consumidores A y B	6
Gráfico 1.6: Incremento del bienestar y políticas de reasignación de recursos en la relación negativa entre las utilidades de los consumidores A y B	7
Gráfico 2.1: Gasto social (% sobre PIB total)	13
Gráfico 2.2: Gasto social sobre el PIB (%) y gasto social per cápita, 2015.....	15
Gráfico 3.1: Número de camas por cada 100000 habitantes, 2015	26
Gráfico 3.2: Autopercepción de la sanidad por países (% sobre los encuestados del país), 2016.....	30
Gráfico 4.1: Estudiantes entre 20 y 24 años cursando Licenciatura o Grado y Máster (% sobre el total del rango de edad), 2017.....	35
Gráfico 4.2: Tasa de abandono escolar (%).....	37
Gráfico 4.3: Principal obstáculo para la continuación de estudios o formación en España (% sobre el total), 2016	38
Gráfico 4.4: Gasto gubernamental en educación (% sobre PIB), 2016	39
Gráfico 5.1: Regresión del PIB per cápita en dólares constantes de 2010 frente al gasto social per cápita, (1990-2015)	48
Gráfico 5.2: Componentes cíclicos del PIB per cápita y gasto social per cápita, 1990-2015	49
Ilustración 4.1: Precio anual de las matrículas de grado universitario y máster (en euros), 2016	35
Tabla 2.1: Índice de Desarrollo Humano, 2017	12
Tabla 2.2: Tasa de Crecimiento Anual Media Acumulativa del Gasto Público en porcentaje del PIB	14

Tabla 2.3: Índices de Gini (%), 2017	17
Tabla 2.4: Cocientes entre deciles de población según ingresos, 2017	17
Tabla 3.1: Prevención de enfermedades (% de la población total)	27
Tabla 3.2: Gasto en Sanidad (euros per cápita).....	29
Tabla 3.3: Copagos de sanidad en Noruega	33
Tabla 4.1: Resultados del informe Pisa para España en Matemáticas, Lectura y Ciencias, 2015.....	42
Tabla 4.2: Resultados del Informe PISA en Matemáticas, Lectura y Ciencias, 2015	43
Tabla 5.1: Estimación del PIB per cápita en dólares constantes de 2010 frente al gasto social per cápita, (1990-2015)	47
Tabla A.1: Prevención de enfermedades, detallado (% de la población total) .	52

RESUMEN

El Bienestar implica proveer a la sociedad de servicios considerados fundamentales que garanticen un nivel de vida básico para los ciudadanos. Este trabajo analiza, a partir de las condiciones específicas de ciertos países, cómo se articula el bienestar en dos regiones europeas diferentes. Así, las peculiaridades de cada nación deberían estar determinadas por el peso que tiene el objetivo social en la política nacional y, en consecuencia, ese sería su reflejo en el bienestar. Escogemos, para un estudio detallado, dos pilares de la sociedad del bienestar, sanidad y educación. Para ello, analizaremos las características de la sanidad y la educación en las economías escandinavas y mediterráneas, y en los países representativos escogidos para cada una de ellas. El objetivo es evaluar si el carácter cuantitativo de los indicadores es determinante en la generación de las disparidades que existen hoy en día en el contexto europeo.

Palabras clave: Bienestar, Sanidad, Educación, Gasto Social.

Clasificación JEL: D60, I18, I28, C13

ABSTRACT

Welfare involves providing society with services considered fundamental that guarantee a basic standard of living for citizens. This work analyzes, based on the specific conditions of certain countries, how welfare is articulated in two different European regions. Thus, the peculiarities of each nation should be determined by the weight of the social objective in national politics and, consequently, that would be reflected in welfare. We choose, for a detailed study, two pillars of the society of welfare, health and education. For this, we will analyze the characteristics of health and education in the Scandinavian and Mediterranean economies, and in the representative countries chosen for each one. The objective is to evaluate if the quantitative nature of the indicators is determinant in generating the disparities that exist nowadays in the European context.

Key words: Welfare, Health, Education, Social Expenditure.

JEL classification: D60, I18, I28, C13

INTRODUCCIÓN

El continente europeo es el más antiguo del mundo y, por ello, ha atravesado numerosas etapas históricas que le han permitido configurar, en el largo plazo, un modelo económico y social basado en los principios de igualdad, libertad, dignidad y bienestar de sus ciudadanos¹, entre otros.

Por ello, las actuaciones de los países que configuran el continente son similares debido a su transición histórica común, que se formaliza mediante la configuración de la Unión Europea. No obstante, estas actuaciones pueden diferir entre sí, gracias a factores socioculturales, políticos e institucionales, que determinan la configuración interna de cada una de las naciones que componen el continente.

Esto determina infinidad de factores propios en cada uno de los ámbitos de cada país, formando así numerosas diferencias internas de unos países con respecto a otros a pesar de basarse, como hemos comentado, en principios generales comunes.

Uno de los principios por los que se guían las políticas de cada país es el logro del bienestar para todos sus ciudadanos, materializándose a partir del Estado del Bienestar; no obstante, esto no es un concepto homogéneo, ya que debe establecerse, mediante el contrato social, un grado concreto de bienestar, que se logrará a través de la intervención gubernamental en ciertos ámbitos de la economía. Debido a esto, comienzan a surgir diferencias entre los países, ya que cada uno de ellos poseerá características económicas y políticas específicas, que se hacen más nítidas conforme avanza el tiempo.

El objetivo de este trabajo es, por tanto, determinar qué concepciones hay en determinados países en cuanto al bienestar de sus ciudadanos, que estudiaremos a partir de sus dos pilares básicos: la educación y la sanidad. Además, los países estudiados serán aquellos que puedan presentar un fuerte contraste que nos permita clarificar, así, las diferencias entre países con respecto a las características comunes que fundamentan el continente europeo. Por ello, estos países son los escandinavos, en el norte de Europa, y ciertos países del sur, que denominaremos países mediterráneos.

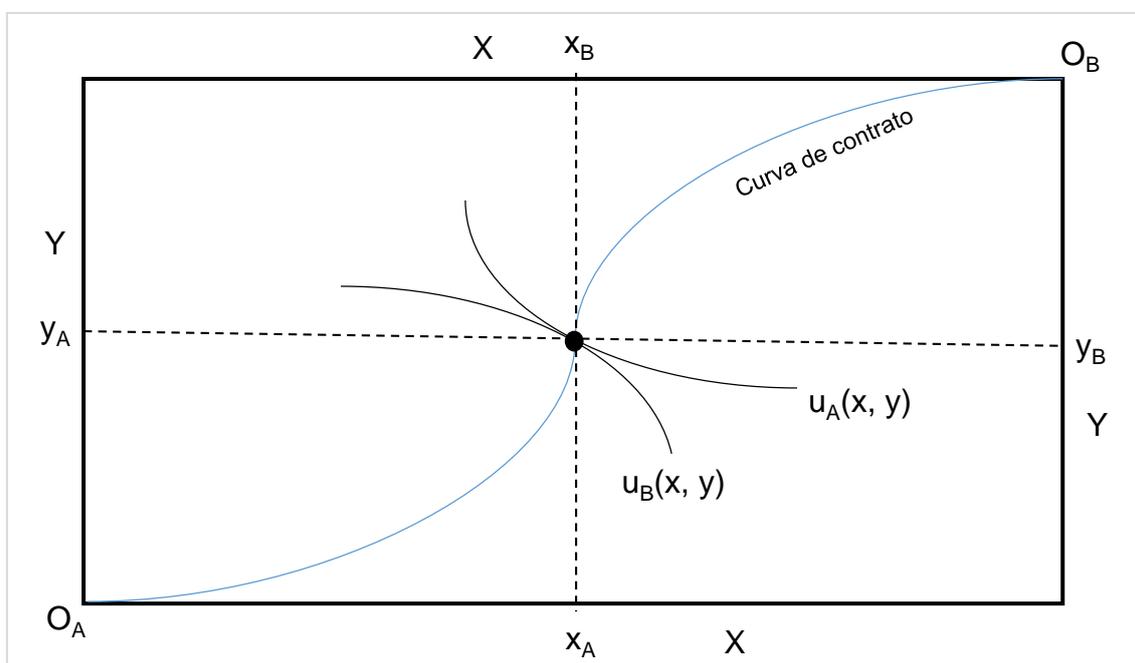
¹ Artículo 3 del Tratado de la Unión Europea

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL BIENESTAR

La teoría del Bienestar parte del criterio de óptimo social, donde todos los individuos incrementan su situación inicial dados unos recursos concretos.

A nivel teórico, suponemos una economía con dos agentes o grupos de agentes idénticos (A y B) donde existen igualmente dos tipos de bienes (X e Y). Ambos poseen una dotación inicial específica de ambos bienes, que se encuentra en su curva de utilidad, tal y como se observa en el gráfico 1.1

Gráfico 1.1: Utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth



Fuente: Elaboración propia

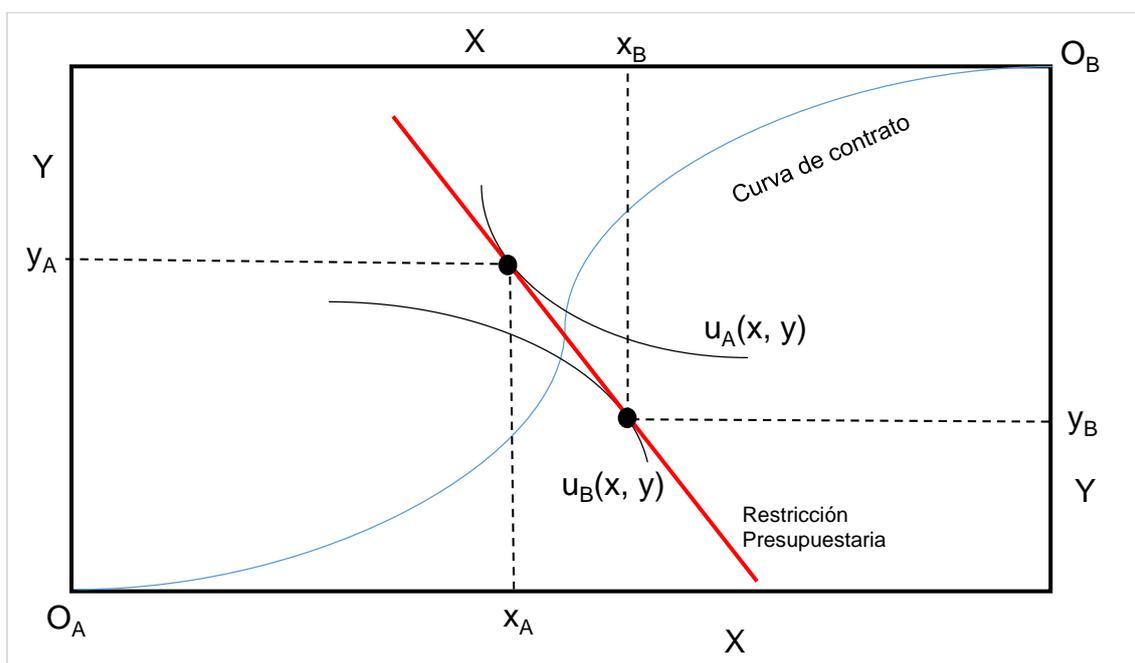
El equilibrio de esta “Caja de Edgeworth” se encontrará en el punto de tangencia de las utilidades de los dos únicos agentes que suponemos que componen la economía, esta tangencia se producirá cuando la relación marginal de sustitución de ambos agentes sea igual²: $RMS(x, y)_A = RMS(x, y)_B$. La tangencia puede producirse a lo largo de la curva de contrato: el lugar geométrico donde los agentes van a encontrar su máxima utilidad, y desde el cual no es posible aumentar el bienestar propio sin reducir el del otro; además, este equilibrio implica que los bienes X e Y son consumidos en su totalidad.

² Estrin, S. y Laidler, D. (1995)

La asignación final de bienes dependerá, por tanto, de las funciones de utilidad de los agentes y la asignación inicial de estos.

No obstante, hemos de tener en cuenta que, en una economía, intervienen igualmente los precios de los bienes, afectando a los consumidores mediante su restricción presupuestaria; por tanto, si añadimos la restricción, se obtiene el gráfico 1.2

Gráfico 1.2: Desequilibrio en las utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth con restricción presupuestaria

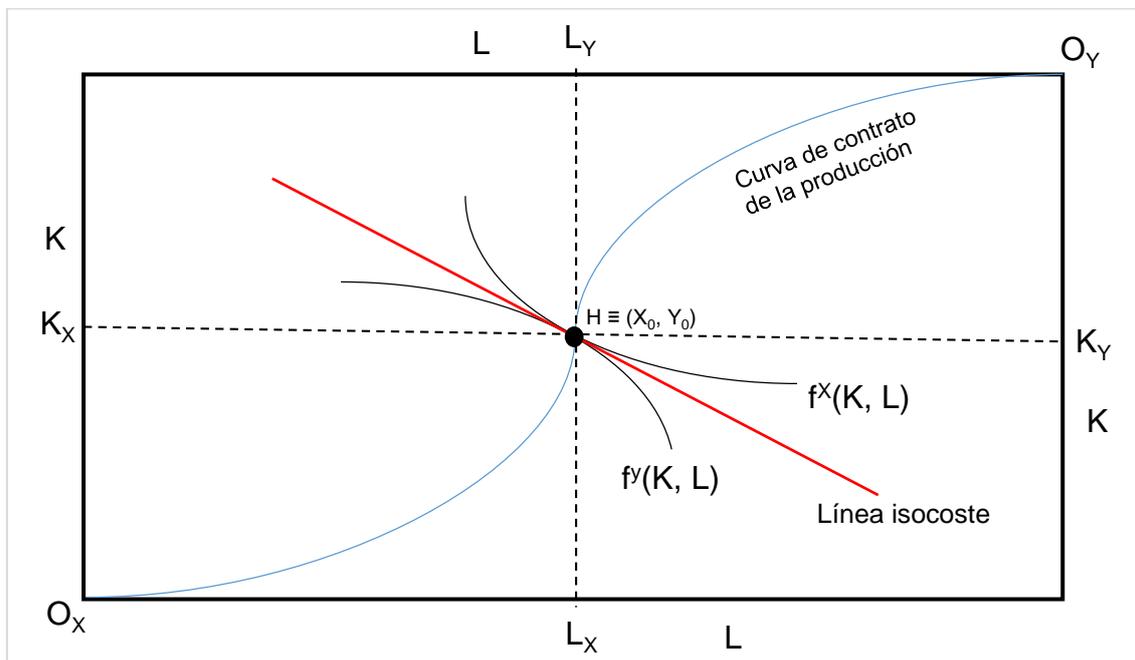


Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se observa que, debido a la restricción de precios, las dotaciones no son tangentes y, por tanto, no se encontrarán en la curva de contrato; en consecuencia, ocurre que $x_A + x_B < X$, es decir, que existe escasez de demanda para el bien X y exceso de demanda para el bien Y, ya que $y_A + y_B > Y$. Los precios de ambos bienes deberán modificarse, bien por el mercado si nos encontramos en un contexto perfectamente competitivo, o por el *planificador* de precios, en cualquier otro caso.

Añadiendo a los supuestos previos la producción de ambos bienes X e Y empleando los factores productivos trabajo y capital, la representación gráfica es similar.

Gráfico 1.3: Equilibrio en las curvas isocuantas e isocoste de los factores productivos K y L en la Caja de Edgeworth



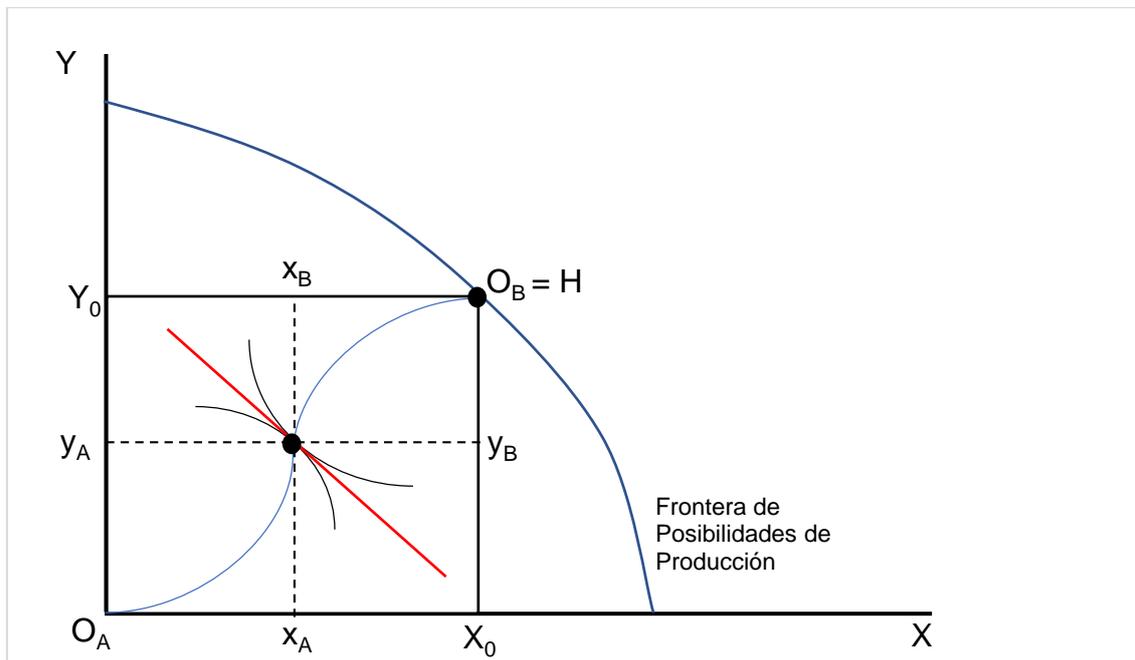
Fuente: Elaboración propia

A partir de esta ilustración, es posible determinar la cantidad de bienes X e Y que se podrán producir dados unos factores K y L determinados. La producción de equilibrio, en este caso, se encuentra en el punto H.

Además, gracias a la curva de contrato de la producción, podemos representar la Frontera de Posibilidades de la Producción de una economía, es decir, la cantidad máxima de bienes X e Y que se pueden producir dados unos factores productivos.

Con el gráfico 1.4, conseguimos llegar al equilibrio simultáneo en una economía, donde los bienes producidos maximizan la producción dados unos costes de producción, representados por las líneas isocoste, y donde los agentes perciben el máximo bienestar, representado por sus curvas de utilidad, dadas unas cantidades de bienes concretas.

Gráfico 1.4: Equilibrio en las utilidades de los consumidores A y B en la Caja de Edgeworth, y equilibrio en la frontera de posibilidades de producción de la economía



Fuente: Elaboración propia

Mediante el contrato social, el Estado es el principal suministrador de bienestar para el conjunto de la población de una economía, cuya función es la provisión de ciertos servicios públicos de la manera más idónea posible, acercándose así al óptimo social.

No obstante, esta provisión acarrea unas necesidades (de personal, de capital y burocráticos) que, como cualquier servicio, tiene unos costes. Estos han de financiar, por tanto, el funcionamiento del Estado, principalmente vía impuestos. Esto implica una reducción del bienestar que podrían alcanzar los ciudadanos individualmente en favor de una redistribución de ingresos y provisión de servicios universales que beneficie al conjunto de la sociedad.

Aun así, es importante recordar que esta reducción de la renta de los individuos provoca distorsiones en el conjunto de la economía, debido a que el equilibrio al que se llegue ya no será el óptimo en el sentido de Pareto, al no resultar del libre intercambio entre los agentes.

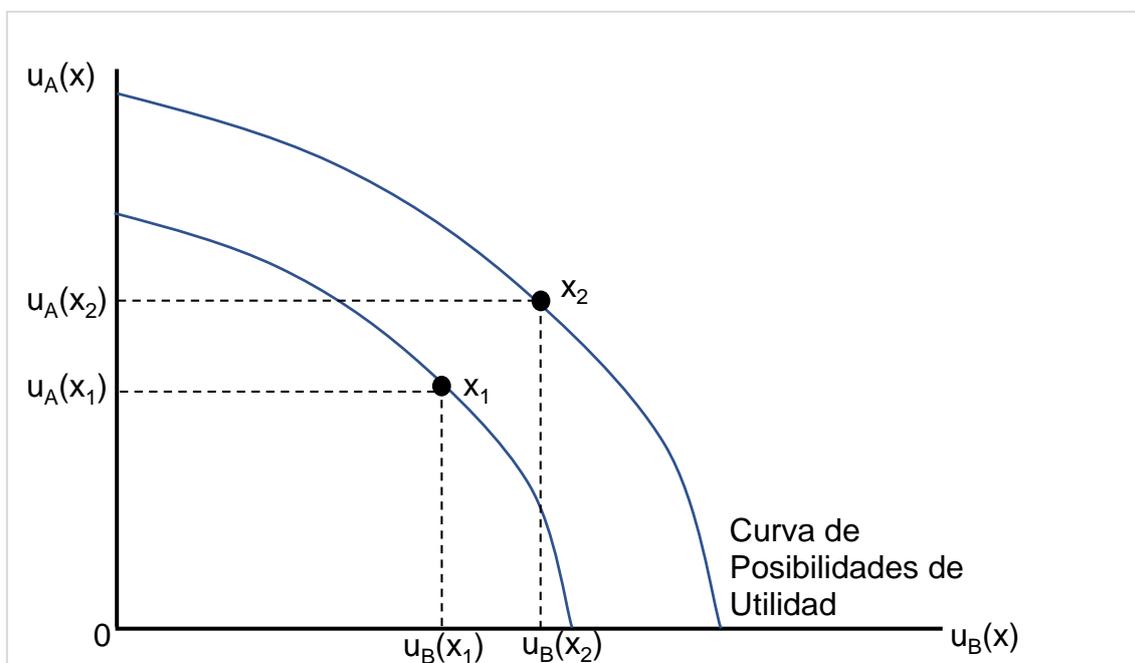
En este caso, interviene un tercero en esta relación que, mediante la recaudación impositiva, redistribuye los impuestos y proporciona servicios

básicos para los agentes de la economía, generando así el principio del “segundo óptimo”. Del mismo modo, el Estado cumple otra función vital para la economía, interviniendo en esta para solucionar los errores o fallas que surgen en los mercados: externalidades negativas, ausencia de bienes públicos y control de los monopolios naturales.

Por ello, el Estado ha de valorar las acciones que debe realizar en el mercado para que estas no tengan un impacto negativo sobre el bienestar de algunos individuos. Esto es posible mediante los criterios de compensación: en primer lugar, las políticas gubernamentales son posibles si existe una compensación entre las partes de la sociedad beneficiadas de la acción del Estado a las partes perjudicadas; en segundo lugar, las partes más beneficiadas de la sociedad pueden compensar a las más perjudicadas sin que el Estado deba llevar a cabo una política social (hablamos de una reasignación de los recursos).

Debe cumplirse que exista una nueva asignación tal que $x_2 \succ_s x_1$ que resulte en la situación presentada en el gráfico 1.5

Gráfico 1.5: Incremento del bienestar en la relación negativa entre las utilidades de los consumidores A y B

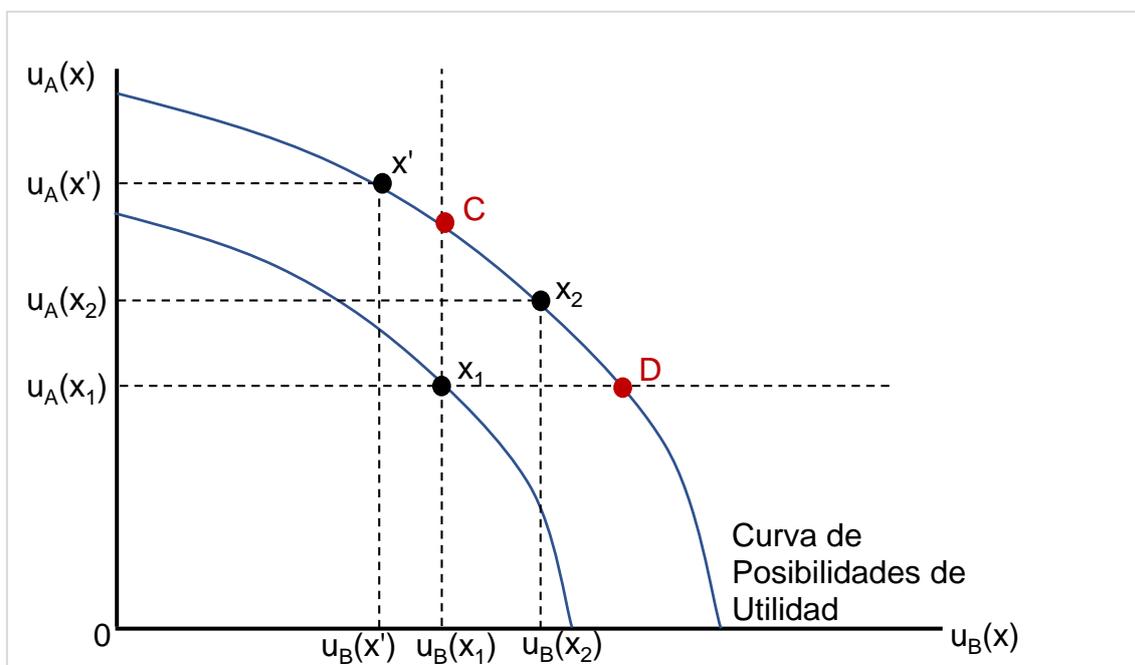


Fuente: Elaboración propia

En ambos casos, la utilidad con la nueva provisión de servicios ha aumentado, no obstante, es común que se dé el caso en que el incremento del bienestar de una parte de los individuos conlleve el detrimento del bienestar de otra.

En el gráfico 1.6, x' supone un incremento del bienestar para A mientras que decrece la utilidad de B; por ello, A debe compensar a B mediante la reasignación de los recursos disponibles (disminuyendo así su utilidad) hasta llegar a algún punto del segmento C-D (donde A o B poseen al menos tanta utilidad como en la situación inicial), de forma que se cumpla el precepto anterior: $x_2 \succ_s x_1$.

Gráfico 1.6: Incremento del bienestar y políticas de reasignación de recursos en la relación negativa entre las utilidades de los consumidores A y B



Fuente: Elaboración propia

Por ello, se demuestra que no solo interviene el Estado como suministrador de recursos en el bienestar, sino también como organismo encargado de redistribuir la renta. A continuación, veremos cómo se articulan en el contexto europeo estas consideraciones teóricas.

2. EL ESTADO DEL BIENESTAR EN EUROPA

Tras las consideraciones previas, analizaremos las diversas concepciones del Bienestar en determinados países del continente europeo: Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca, que conformarían el bloque escandinavo; y España, Italia, Portugal y Grecia, países dentro del grupo mediterráneo que, incluyendo a Irlanda, forman el grupo de los PIIGS en la eurozona.

El conjunto europeo se rige por la llamada *Economía del Bienestar*, que trata de optimizar la situación de los individuos de un país, a través del mayor bienestar posible, para la mayor cantidad de personas posible. Se centra, por tanto, en las premisas de la escuela neoclásica, a través de la consecución de un equilibrio general al que se puede llegar mediante una política de *laissez-faire*, centrada en la obtención del equilibrio mediante los mecanismos del mercado y la mano invisible de Adam Smith, que permite lograr el punto óptimo en ausencia de intervenciones que perturben dicho equilibrio (creando irregularidades), esto se corresponde con la teoría de Vilfredo Pareto³.

Por otro lado, también es importante considerar el punto de vista intervencionista, previamente analizado, a partir del cual se considera al Estado como un agente más dentro del mercado, y cuya intervención se basa en la corrección de las imperfecciones y desigualdades que se puedan derivar de la política de no intervención. Esto es, la corrección de los errores del mercado. Los partidarios de este sistema defienden que los simples mecanismos del mercado no llevarían en la práctica a un equilibrio real; al contrario, la competitividad entre agentes llevaría al desplazamiento de estos en el mercado, donde solo pasarían a tener importancia aquellos con más fuerza y mayor disponibilidad de los recursos. Por tanto, desde este punto de vista, los esfuerzos del Estado deben ir destinados a lograr la igualdad⁴, a través de la redistribución de los recursos disponibles.

Tras estas premisas, se considera relevante definir cuál es ese nivel igualmente “óptimo” de intervención del Estado, para los cuales existen diversas concepciones.

³ Teoría del “Óptimo de Pareto” integrada en el equilibrio de Walras (1906)

⁴ Pigou, A. (1920)

De este modo, podemos hacer referencia a cuatro principales tipologías del bienestar:

✓ Modelo escandinavo: Se trata de un modelo que asegura, sin exigencias previas, un mínimo nivel de vida considerado aceptable para sus ciudadanos, de forma que estos no dependen enteramente de las condiciones del mercado. Para garantizar estas condiciones, donde el Estado se convierte en el principal sustentador de servicios, es necesario un alto nivel fiscal que asegure unos ingresos públicos lo suficientemente elevados como para proveer dichos servicios. Es propio de los países nórdicos.

✓ Modelo continental: Se refiere a un tipo de modelo donde el Estado garantiza unos servicios mínimos de bienestar a los ciudadanos, pero bajo unas pautas más liberales que el modelo anterior. En este caso, las familias son dueñas de su posición social y ciertos servicios deben ser cubiertos y provistos por ellas mismas. Generalmente encontramos este modelo en Centroeuropa. Un modelo particular derivado de estas características es el modelo latino, propio de los países del sur mediterráneo, alguno de los cuales es objeto de estudio en este trabajo, ya que en ellos encontramos sistemas contributivos conectados a los niveles salariales y de participación en los mercados.

✓ Modelo liberal: Limita los derechos sociales a coberturas básicas hacia personas sin poder económico o de clase social muy baja; los individuos son responsables de su propia situación y el Estado solo proporciona aquellos servicios que no pueden ser cubiertos por empresas privadas. Es propio de países con un arraigado sistema de mercado, como Estados Unidos, Canadá o Australia.

✓ Modelo radical: Se configura a partir de un amplio sistema de coberturas sociales que aplica instrumentos redistributivos, pero dejando de lado las políticas de gasto social.

2.1. Objetivos del Estado del Bienestar

A partir de la definición de Bienestar, podemos establecer cuáles son las motivaciones que persiguen los Estados al implementar en sus sistemas económicos una cobertura de servicios determinada que asegure, para sus habitantes, un determinado nivel de calidad de vida.

Entre estos, es considerada relevante la garantía de seguridad ante diversos imprevistos que puedan surgir como consecuencia de los riesgos a los que se enfrentan los ciudadanos de un país (vejez, desempleo, enfermedad...) y que afectan directamente a su renta disponible; por ello, un sistema de Bienestar que asegure ciertos servicios, independientemente de los inconvenientes que puedan surgir, se considera deseable por los poderes públicos. Esto tiene repercusión en la economía, vía un gasto mayor aceptado por los ciudadanos en favor de la despreocupación de estos en determinados ámbitos.

En segundo lugar, conviene destacar el papel que tiene la consecución de la igualdad en el país y, en función de la importancia que le otorgue la sociedad, las medidas irán en mayor o menor grado destinadas a la consecución de este fin. Un ejemplo con respecto a dicho objetivo es la aplicación de un sistema impositivo de carácter progresivo con el complemento de un gasto social destinado a las clases menos favorecidas (aunque puede tener efectos negativos, como un mayor beneficio de las clases medias, que incrementaría las desigualdades para con las clases más bajas).

Igualmente, podemos centrarnos en la reducción de la pobreza, que tiene un carácter analítico absoluto en comparación a la desigualdad, de carácter relativo. La reducción de la pobreza se materializa, entre otros, a través de sistemas de protección social de carácter general, como es la aplicación de un salario mínimo interprofesional suficientemente elevado, prestaciones sociales sin contribuciones previas o subsidios por desempleo.

Frente a estos objetivos, destacamos sobre todo en España el amplio alcance de su sistema de Seguridad Social, de carácter contributivo y dirigido especialmente a los sistemas educativo, sanitario y laboral (en este último caso, a través de las pensiones o el paro).

A continuación, procedemos a analizar los componentes del bienestar en los países del norte: Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca; y países del sur: Portugal, España, Italia y Grecia, para así evaluar las diversas concepciones del bienestar que tienen estos.

2.2. Indicadores del Bienestar

Para analizar el grado de bienestar en los diferentes países, utilizaremos diversos indicadores; es relevante, por ello, determinar ciertas variables que consideremos necesarias para estudiar las diferencias entre los países que nos atañen.

Entre ellos, consideramos el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que nos dará información de forma multidimensional sobre los factores que determinan el nivel de educación, sanidad y la economía de un país.

Para el cálculo del índice, aplicamos las tres dimensiones que engloba:

$$IDH = \frac{1}{3} \left\{ \frac{E.Vida - 25}{85 - 25} + \left[\frac{1}{3} \left(\frac{Í. Alfab. Adultos}{100} \right) + \frac{2}{3} \left(\frac{Í. Matr. Bruta}{100} \right) \right] + \frac{\log(PIBpc(PPA\$)) - \log(100)}{\log(40000) - \log(100)} \right\}$$

Como observamos en la fórmula, ponderamos cada una de las dimensiones a 1/3 de su valor. La primera de las dimensiones es la salud, considerada desde el punto de vista de la esperanza de vida, ya que esta lleva inherente el aspecto sanitario desde la parte de prevención hasta los tratamientos y avances en salud, que implican una mayor esperanza de vida para los individuos. La edad más elevada es de 85 años, lo que implica que, si un país alcanza esta esperanza de vida, el índice sanitario del IDH será el más elevado posible.

Por otro lado, incluimos el aspecto educativo, que a su vez engloba dos componentes: la tasa de alfabetización de los adultos (que supone el 33% del indicador educativo) y la tasa bruta de matriculación combinada entre centros de educación primaria, secundaria y superior (copando el 66% restante del indicador).

En última instancia, el aspecto económico se mide mediante el logaritmo del PIB per cápita del país, a precios constantes, en dólares y bajo paridad de poder adquisitivo, que permita comparar este índice a nivel internacional.

Con estos tres componentes, salud, educación y economía, obtenemos el valor final del índice, siendo 1 el valor máximo alcanzable (el país más desarrollado del mundo), y 0 el indicador de nulo desarrollo humano.

Tabla 2.1: Índice de Desarrollo Humano, 2017

IDH	2017
Dinamarca	0,929
Suecia	0,933
Finlandia	0,92
Noruega	0,953
Grecia	0,87
Italia	0,88
Portugal	0,847
España	0,891

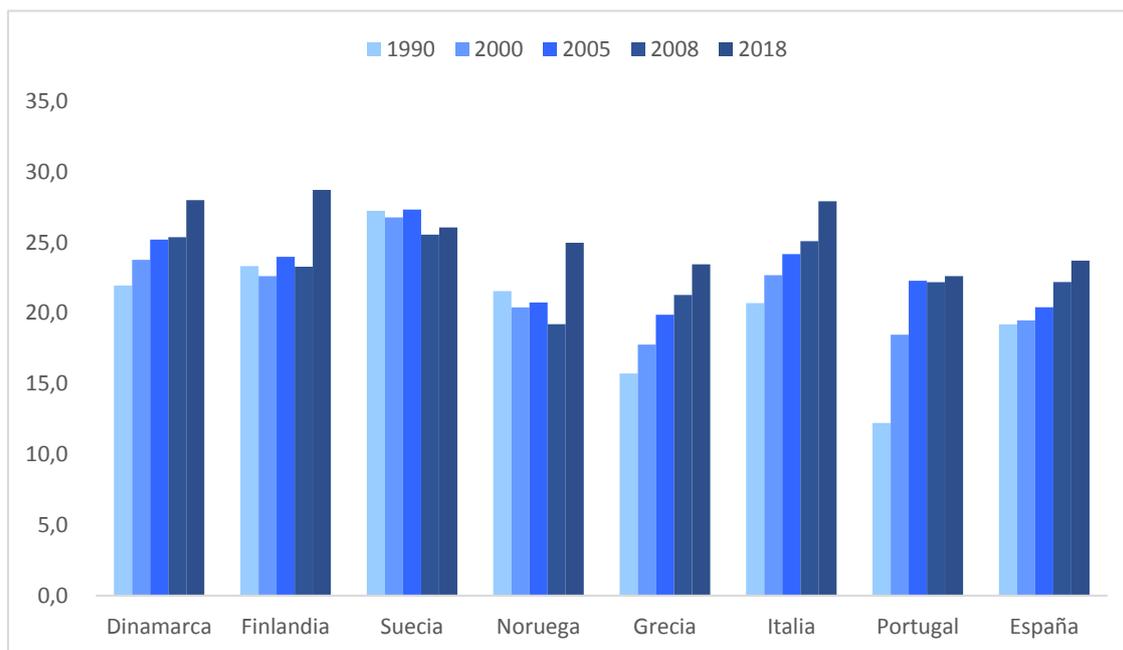
Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Con los datos presentados en la tabla 2.1, podemos realizar una comparativa entre los bloques del norte y del sur, ya los países mediterráneos presentan un Índice de Desarrollo muy elevado, aunque, si los analizamos de forma relativa, este es menor que en los países escandinavos, ya que en ningún caso superan los 0'9 puntos, como sí ocurre en todos los países nórdicos.

Centrándonos en los países más destacados de cada bloque, es importante observar la cifra de España, como país con mayor desarrollo humano en el sur de Europa. Principalmente, se alcanza esta cifra gracias a su mayor esperanza de vida en relación con el resto de los países (con un valor de 83'3 en 2017). De forma paralela, el país con mayor IDH de los países escandinavos (y también del mundo) es Noruega, encontrando en segundo lugar a Suecia. Ambos tienen valores muy superiores en todos los ámbitos, lo que provoca que sean países muy desarrollados, no solo en nuestra comparativa, sino también en el ámbito internacional.

Igualmente, es necesario analizar cuál es la importancia que tiene el gasto social en cada economía ya que, con esto, endogeneizamos los esfuerzos dedicados a un mayor desarrollo del país, y no lo estudiamos únicamente por factores exógenos. En este caso, exponemos de forma cuantitativa el peso que tiene el gasto social sobre los presupuestos del país, midiendo así las contribuciones al incremento del bienestar de sus ciudadanos.

Gráfico 2.1: Gasto social (% sobre PIB total)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE

A la vista de este gráfico, podemos evaluar cómo ha ido evolucionando el gasto social de cada uno de los países tanto del bloque escandinavo como del bloque mediterráneo; a grandes rasgos, podemos observar que hoy en día se encuentra en torno al 25% para todos los países estudiados, aunque las diferencias eran bastante notables al inicio del periodo contemplado.

En general, se puede destacar un aumento progresivo en este ámbito por parte de países como Grecia, Italia o Portugal, siendo este último el que más ha incrementado su gasto con respecto al año de partida; aun así, vemos un contraste entre ambas zonas debido a que en el bloque escandinavo han ido decreciendo sus tasas de gasto social sobre el PIB hasta el periodo de crisis mundial aunque, recientemente, se observa un aumento de los esfuerzos en este campo. Por otro lado, el caso mediterráneo sigue un comportamiento

similar entre los países que lo conforman, con un crecimiento progresivo, y un incremento menos acusado entre el periodo 2008-2018 que en los años anteriores. Para evaluar estos datos, es importante observar la tasa media a la que ha ido creciendo el gasto social en cada país. Los datos que tenemos en cuenta para ello son los años previos al inicio de la recesión económica y el periodo posterior.

Tabla 2.2: Tasa de Crecimiento Anual Media Acumulativa del Gasto Público en porcentaje del PIB

TCAMA	(1990-2008)	(2008-2018)
Dinamarca	0,81%	0,99%
Finlandia	-0,01%	2,12%
Noruega	-0,64%	2,66%
Suecia	-0,35%	0,20%
Grecia	1,69%	0,98%
Italia	1,07%	1,07%
Portugal	3,37%	0,19%
España	0,81%	0,66%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE

Los porcentajes nos indican que en los países nórdicos este gasto era reducido y en su mayor parte decreciente, mientras que en el periodo posterior este ha ido aumentando hasta situarse en los casos de Finlandia y Noruega, en unas tasas de crecimiento superiores al 2%; aun así, en general las tasas son superiores a las existentes en el periodo de bonanza económica.

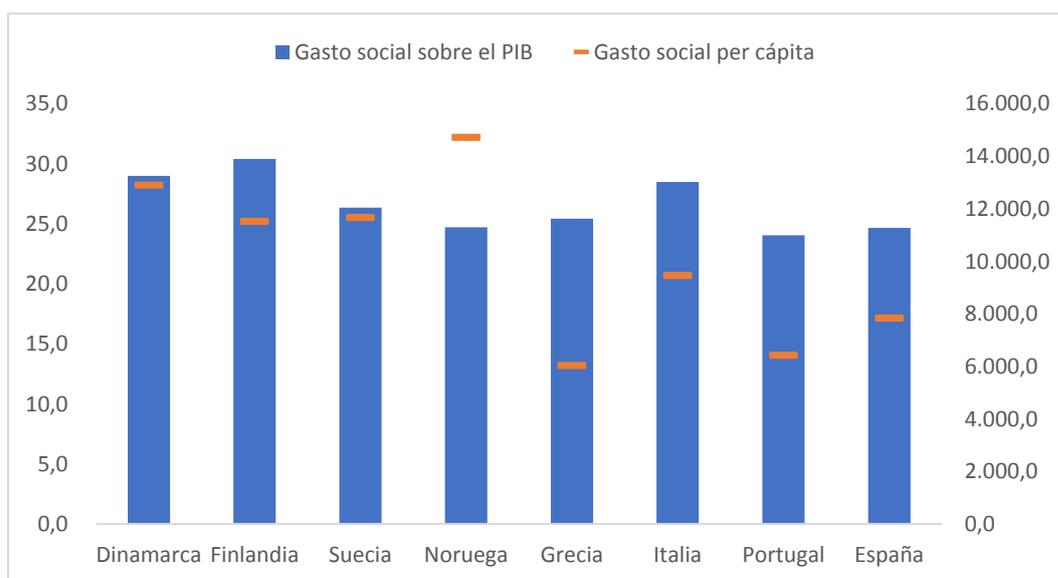
Por otro lado, el conjunto de países mediterráneos muestra la situación contraria, un crecimiento importante de las tasas en torno al 1% (salvo Portugal, debido al bajo porcentaje de gasto social del que partía), y un crecimiento continuado en este ámbito de los presupuestos públicos, aunque en este caso es menor que en el periodo anterior.

A la luz de estos datos, podemos observar que las políticas de gasto social llevadas a cabo por el bloque escandinavo son más anticíclicas que en el área mediterránea, ya que las cifras nos indican que durante el periodo de crisis el

gasto social aumentó considerablemente, tanto en comparación con los países del sur como con el periodo anterior; y en los países mediterráneos este gasto fue incrementándose en el periodo de expansión, pero a raíz de los problemas económicos ocasionados por el periodo de recesión, se va produciendo un aumento del gasto social cada vez menor; aun así, cabe destacar que este sigue incrementándose progresivamente.

Pero no hemos de centrarnos exclusivamente en el gasto social como porcentaje del PIB, ya que este es, en gran parte, similar para todos los países, sino evaluar cuál es el gasto social per cápita destinado a cada individuo, lo que nos permitirá analizar de forma absoluta el esfuerzo público por habitante, y a partir del cual veremos cómo la percepción cambia con respecto al análisis anterior.

Gráfico 2.2: Gasto social sobre el PIB (%) y gasto social per cápita, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE

Es, por tanto, relevante para el análisis poner en el punto de mira las disparidades que hay entre los esfuerzos sobre el PIB y los esfuerzos reales y gastos de los que se beneficia cada individuo en el país. Observamos que aquí las disparidades son más acusadas que en el análisis precedente ya que todos los países del bloque nórdico poseen un gasto social per cápita que supera los diez mil euros anuales, mientras que ninguno de los países mediterráneos que estamos estudiando llega a dicha cifra. Es sorprendente la situación en que se

encuentra Noruega si evaluamos de esta forma el gasto social, ya que pasa de estar a la cola en los países nórdicos en cuanto a gasto social sobre el PIB total (incluso por detrás de algunos países del sur europeo) a ser la que más esfuerzos dedica a sus ciudadanos individualmente, esto podría explicarse por una población más reducida que el resto de los países, aún con un PIB elevado.

Además, parece relevante analizar cómo estas políticas que vienen realizándose desde décadas atrás han tenido su repercusión en la sociedad. Las políticas sociales tienen como finalidad lograr la igualdad de oportunidades entre sus ciudadanos, por lo que, para completar el análisis, debemos evaluar el nivel de igualdad que existe entre los países de esta comparativa, que nos permitirá concluir si es necesario que dichos países lleven a cabo ciertas medidas para potenciar aún más esta igualdad entre todos los miembros de su sociedad.

Uno de los principales indicadores que nos permite comparar el nivel de distribución de la renta a nivel internacional es el índice de Gini. Este mide de 0 a 1 el nivel de desigualdad económica que existe en un país específico (siendo 0 la perfecta igualdad de ingresos y 1 la mayor desigualdad), calculado a través de la fórmula:

$$G = \frac{\sum_{i=1}^{N-1} (P_i - Q_i)}{\sum_{i=1}^{N-1} P_i}$$

Correspondiendo Q_i al porcentaje acumulado de ingresos por población en el periodo "i" dividido por la suma del total del acumulado de ingresos por población, y P_i al porcentaje acumulado de población en "i" sobre la suma de la población total.

En la tabla 2.3, vemos una clara diferenciación entre los resultados del bloque de países nórdicos con los países del sur, sobrepasando estos últimos la barrera del 30%, que revela una mayor desigualdad de distribución de ingresos en esta zona. Destaca el papel de España como país más desigual de los cuatro contemplados, aunque no supone una gran diferencia con respecto a sus similares, pero lo coloca a la cabeza en los puestos de mayor desigualdad del continente.

Tabla 2.3: Índices de Gini (%), 2017

	Índice de Gini
Grecia	33,4
España	34,1
Italia	32,7
Portugal	33,5
Dinamarca	27,6
Finlandia	25,3
Suecia	28,0
Noruega	26,1

Fuente: Eurostat

El bloque escandinavo tiene igualmente resultados muy similares entre sí, aunque existe cierta diferenciación entre Suecia, como país más desigual del bloque, y Finlandia, con un índice de 0'253, lo que le convierte en el país más igualitario de los analizados en cuanto a distribución de los ingresos

No obstante, una de las críticas que se atribuye a este índice es la concepción multidimensional que tiene de la repartición de la riqueza entre capas sociales, mientras que no permite la comparativa entre los extremos. Por ello, es necesario analizar la diferencia existente entre los bloques de población con más nivel de ingresos y los bloques más desfavorecidos económicamente, a través de la comparativa inter-cuantil, que se representa en la tabla 2.4

Tabla 2.4: Cocientes entre deciles de población según ingresos, 2017

	D9/D1	D9/D5	D5/D1
Grecia	4,77	1,99	2,40
España	5,27	2,06	2,56
Italia	4,48	1,91	2,34
Portugal	4,58	2,08	2,20
Dinamarca	2,98	1,67	1,78
Finlandia	2,93	1,69	1,73
Suecia	3,28	1,69	1,94
Noruega	2,91	1,63	1,78

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

En este caso, las conclusiones son prácticamente idénticas; los países con mayores índices de Gini también poseen mayores resultados en la comparativa interdecil. En el caso de España, la población más rica posee más de cinco veces el nivel de ingresos de la población más pobre, cifra que se reduce a

menos de tres en el caso de Noruega (país con el menor dato). Además, este último supone un cambio con respecto a la tasa de igualdad general, ya que supera a Finlandia y se convierte en el país de la comparativa con menos diferenciación entre clases altas y bajas.

Atendiendo a los cocientes comparativos con las clases medias (que se corresponden con el quinto decil) vemos que la diferencia es notable, no solo entre bloques geográficos, sino también entre clases sociales. Los países del norte poseen una mayor diferenciación entre clases medias-bajas que entre clases medias-altas; la misma situación ocurre entre países del bloque mediterráneo pero, en este caso, la diferencia es más acusada. Esto refleja, en general, una progresiva dualización de la sociedad entre ricos y pobres, que también afecta más a los países del sur.

Una vez analizadas las disparidades entre los dos bloques considerados, nos centraremos en cómo es la aplicación del Estado del Bienestar en España, que posteriormente compararemos con su respectiva consideración en los países escandinavos.

2.3. El Estado del Bienestar en España

El Estado de Bienestar en España sigue el modelo latino (integrado dentro de la tipología de bienestar continental), suponiendo un caso particular que también tiene su aplicación en Italia, Portugal y Grecia, por lo que incluye a todos los países que conforman el grupo mediterráneo. Se caracteriza por una débil resolución de los problemas del mercado, lo que significa que la posición social de los individuos aún continúa dependiendo fuertemente de su papel en el mercado laboral o del nivel de renta de cada unidad familiar. Esto significa que existe aún un cierto grado de estratificación social que no aporta la suficiente seguridad a los ciudadanos, ya que no tienen la garantía plena de estar protegidos por el Estado. Se trata de un sistema que determina el grado de protección de que disfrutaban los individuos en función de sus cotizaciones, lo cual se traduce en un sistema tendente a la universalización de los servicios, pero inacabado, con lo que la cobertura de servicios no es tan elevada como en otros países que aplican el modelo universalista.

En cuanto a los servicios que otorga, encontramos coberturas en sanidad, educación, ayudas a las familias (guarderías y escuelas de infancia o centros de día y residencias de ancianos) así como viviendas sociales para las personas en mayor riesgo de exclusión.

Con respecto a las coberturas que presenta nuestro sistema, destacamos el de la Seguridad Social, financiado mediante las contribuciones obtenidas de empleados y empleadores, y que financian los servicios de invalidez, pensiones, viudedad, desempleo... aunque existen algunas que no requieren una cotización en sentido estricto para percibir estos servicios.

2.3.1. El sistema de prestaciones

En función de las cotizaciones de cada individuo, podemos establecer dos grandes categorías de prestaciones: contributivas (en caso de que el individuo haya destinado una parte de su renta a impuestos) y no contributivas.

Las prestaciones contributivas hacen referencia a aquellas cuya percepción requiere una cotización mínima, como es la de invalidez, de jubilación (de carácter progresivo, percibiendo el 50% de la base a partir de 15 años trabajados y aumentando hasta la percepción del 100% una vez alcanzados los 35 años de trabajo), y las de viudedad u orfandad.

Si las prestaciones no han de ser contributivas, implica una cobertura total por parte del Estado en cuanto a los servicios que provee; entre ellas, encontramos las pensiones por invalidez y jubilación, que también se enmarcaban en las prestaciones contributivas, aunque en este caso tiene un carácter social, destinado a reducir la pobreza, asegurando de este modo una calidad mínima de vida a las personas que estén en estas situaciones, de forma independiente, por tanto, de su historial contributivo. Para percibir este tipo de ayudas igualmente es necesario carecer de ingresos suficientes y tener menos de 65 años, en el caso de la invalidez, o más de 65, para las pensiones por jubilación.

El segundo tipo de prestaciones sin necesidad de retribución al Estado incluyen las prestaciones a minusválidos (especialmente en términos de movilidad y sanitaria) que se engloban dentro de los Presupuestos Generales del Estado.

En cuanto al mundo laboral, tienen especial protagonismo las prestaciones por maternidad (prestaciones para la familia) que engloban tanto el mantenimiento de los salarios, como asignaciones económicas, que funcionan como protección por cada hijo perteneciente a la unidad familiar. Por otro lado, existe un sistema de prestaciones o subsidios por desempleo (el primero tras la cotización de un mínimo de 12 meses, y el segundo para situaciones especiales como emigrantes, excarcelados o inválidos); si, por el contrario, el desempleo es de carácter prolongado, el individuo obtiene una “renta activa de inserción”.

Pero, más allá de estas transferencias, es importante considerar igualmente aquellas en las que el Estado se limita a mejorar la situación del ciudadano en términos cualitativos: su seguridad, protección, salud ambiental, condiciones de trabajo generales... que, en ocasiones, deja a la potestad de las Comunidades Autónomas, a través de la descentralización de ciertas responsabilidades.

2.4. El Estado del Bienestar en los países nórdicos

Debido a su implantación y consideración institucional de las premisas del Estado del Bienestar, la región escandinava es considerada una de las mejores del mundo para vivir. Las cifras que hemos estudiado previamente nos revelan un gran nivel económico, educativo y de sanidad, apoyado por la implicación estatal en estos ámbitos.

Esto genera una consideración particular de Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia como países modelo que ostentan el Modelo de Bienestar Escandinavo. Este modelo posee diversas características que permiten el desarrollo de ciertas actuaciones de tinte social. Analizaremos estas características a partir de diversos factores influyentes.

El primero de ellos es la demografía: se trata de países con una extensión considerable (salvo en el caso de Dinamarca) que contrasta con su población, lo que genera una densidad de población bastante reducida. Esto se explica principalmente por la concentración que se produce en determinadas ciudades o grandes núcleos poblacionales, situados mayoritariamente al sur de estos países (condicionados especialmente por el factor climático). Así, esta gran

concentración poblacional permite a los gobiernos acceder a la gran mayoría en cuanto a las políticas sociales a aplicar.

A nivel laboral, destaca la política mixta conocida como *flexiguridad*, que engloba un sistema de flexibilidad laboral junto con el proteccionismo a los trabajadores; por ello, factores empresariales como los costes de despido son gratuitos, pero es el Estado quien corre con dichos gastos para asegurar la cobertura de las necesidades básicas del trabajador. Además, es igualmente relevante la formación y el reciclaje de los trabajadores, de forma que asegure la competitividad entre estos y, en consecuencia, la del propio país en el contexto internacional.

En términos políticos, conviene destacar la gran estabilidad histórica que se ha dado desde los inicios de su democracia, principalmente por las sucesiones de gobierno entre los socialdemócratas y democristianos a lo largo de toda el área escandinava. Esta tradición ideológica permite a los gobernantes establecer, no solo políticas de tinte coyuntural, sino también en el largo plazo, debido al factor permanente de sus políticas de actuación, ya que en la gran mayoría de los casos hay un consenso generalizado en favor de la intervención estatal, la redistribución de la renta y el fomento de políticas públicas.

Es aquí donde radica la principal diferencia en el porvenir económico del bloque nórdico, ya que un notable protagonismo del Estado en la sociedad, desde su configuración económica, ha generado una opinión conjunta de recursos abastecidos por el Estado y la gran eficiencia de este. Así, el ciclo político se ve retroalimentado por la opinión ciudadana vía afiliación a los partidos, representación sindical o extensión de ONG.

2.4.1. Políticas gubernamentales a favor del bienestar

Como ya hemos comentado, la intervención en los países nórdicos es bastante considerable, no obstante, la dotación de estos servicios requiere, según la lógica económica, un nivel de ingresos bastante elevado; y es por ello por lo que la presión fiscal dentro de estos países es especialmente elevada, ya que numerosos recursos públicos requieren una gran capacidad recaudatoria.

Además, es importante considerar el destino de los recursos obtenidos por el Estado, que son los ámbitos de la educación o la sanidad... y especialmente hacia las personas más desfavorecidas.

Para que el Estado sea capaz de otorgar servicios a sus ciudadanos, debe obtener recursos que permitan tanto su mantenimiento como la dotación universal de los servicios acordada con la población. Se vuelve necesario establecer un sistema impositivo eficaz que distribuya la carga fiscal entre los dos agentes restantes que componen la economía de un país, por tanto, ha de establecerse un nivel de impuestos directos e indirectos que, a su vez, se reparta entre las unidades familiares o agentes consumidores, y las empresas o agentes productores.

La carga fiscal soportada por la población se ve devuelta nuevamente al conjunto social de forma redistribuida; aun así, una elevada presión fiscal puede conllevar un elevado nivel de impuestos indirectos que son de aplicación universal y, por tanto, tienen efectos que lastran la capacidad adquisitiva de las clases más bajas. Esto implica que ha de considerarse igualmente el carácter redistributivo de los impuestos ya que, si los directos tienen más peso sobre los ingresos del gobierno, la economía tendrá más carácter social que aquellas con mayor protagonismo de los impuestos indirectos.

Habiendo definido las premisas y características del sistema del bienestar en ambas regiones europeas, en los siguientes apartados nos centramos en los dos pilares básicos o fundamentales desde el punto de vista social, la sanidad y la educación.

En el caso de la sanidad, se realiza un estudio comparativo entre España y Noruega y en el de la educación, entre España y Finlandia. Como veremos, la elección de estos tres países en concreto es obvia en el caso español y en el caso noruego y finlandés responde a criterios que se expondrán convenientemente.

3. SANIDAD EN EUROPA

Podemos encontrar dos grandes modelos en cuanto a su orientación hacia la sociedad: siguiendo el modelo *Beveridge*, o bien, el modelo *Bismark*⁵.

Modelo Beveridge: Establece un amplio sistema de sanidad pública financiado a través de un porcentaje que se dedica desde los Presupuestos Generales del Estado, garantizando así el acceso universal de todos sus ciudadanos, independientemente de la renta de que dispongan, aunque se establece una parte destinada a ser cubierta por el sector privado para ciertas unidades familiares que prefieran este sistema de forma voluntaria y, del mismo modo, admite la posibilidad de ciertos copagos en este servicio. Recibe el nombre de Servicio Nacional de Salud.

Modelo Bismark: Establece un sistema de sanidad financiado mediante cuotas pagadas por empresarios y trabajadores, cuyos fondos son regulados por entidades no gubernamentales, que los destinan a hospitales y personal sanitario, de forma que estos puedan proveer a los asegurados, quienes reciben estos servicios mediante un contrato previo o mediante el pago inmediato por un servicio puntual. Recibe el nombre de Sistema de Seguros Sociales.

Esta división entre modelos responde a un criterio geográfico. En nuestro caso, tanto países mediterráneos como nórdicos utilizan el primer método de sistema sanitario, mientras que el modelo *Bismark* tiene lugar en Centroeuropa; como nuestra comparativa se realiza entre países del norte y sur europeos, contemplaremos las políticas gubernamentales bajo el modelo común del Servicio Nacional de Salud. Grecia es el único país que utiliza el modelo alternativo.

Una de las características administrativas de España e Italia es su descentralización, que también se extrapola al campo sanitario. En el caso de Portugal, comparte la centralización de este servicio con todos los países escandinavos integrados en la UE; a pesar de la gran repercusión social que tiene el sistema sanitario español a nivel internacional, es el que menos

⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018)

porcentaje de provisión pública destina a los hospitales, siendo este del 75%, mientras que el país más sobresaliente en esta variable es Suecia, con un 98%⁶

No obstante, en lo que destaca el modelo *Beveridge* es en el copago de sus servicios, siendo obligatorio en cuanto a la provisión de fármacos (como ocurre en la totalidad de países que aplican este modelo); este método es compartido por los países del bloque mediterráneo y Dinamarca, mientras que el resto de los países tienen mayores copagos (atención ambulatoria, atención de urgencia...) destacando el caso de los países escandinavos, con copago obligatorio en la totalidad de los servicios que proveen.

Aun así, los datos informan que la esperanza de vida es mayor en las zonas del sur, siendo Italia y España los abanderados en cuanto a esta estadística, y seguidos igualmente por Suecia. Esta situación es la inversa si seguimos el criterio de tasas de mortalidad.

Es importante contemplar las variables en su conjunto, que nos permitan conocer cuáles son los sistemas sanitarios más preparados de todos los países; para ello, se elabora el informe *Euro Health Consumer Index*: este permite valorar los diferentes sistemas sanitarios vigentes en el contexto europeo. Coinciden en que el sistema universal de salud que se aplica actualmente en diversos países europeos, siguiendo la ideología del Estado del Bienestar, es aplicable a territorios pequeños (como es el de los países escandinavos) pero está condenado a fracasar en grandes territorios con competencias descentralizadas en esta materia. Esto es debido a las múltiples interferencias en las decisiones en materia política y la ausencia de incentivos privados necesarios para la gestión eficaz de este sector.

En países donde se fomenta la competencia entre empresas privadas, como Francia o Alemania, desemboca en mejoras constantes en los servicios ofrecidos. Los sistemas de salud gestionados por las administraciones públicas pueden derivar en retardos en la implementación de mejoras y avances en materia de salud; en el caso español, el principal problema al que se enfrenta el

⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018)

sector público es la incapacidad para acoger a un excesivo y/o imprevisto número de pacientes.

El *Euro Health Consumer Index* otorga los mejores resultados a los países del norte; más concretamente, a Holanda, Suiza, Noruega, Finlandia y Bélgica⁷, entre otros, valorando los derechos de los pacientes, la cobertura de sus servicios, prevenciones o las facilidades de acceso que se dan a los medicamentos. El resultado final obtenido a partir de este índice califica como mejor sistema de sanidad a Holanda; no obstante, de entre los países escandinavos, la puntuación más alta corresponde a Noruega, situada en tercer lugar, seguido inmediatamente por Finlandia. Los resultados del bloque mediterráneo son algo peores, ocupando España la mejor posición.

A continuación, estudiaremos mediante diversos indicadores la situación sanitaria en los países que estamos analizando, para así evaluar las medidas implementadas y los factores positivos de cada uno de ellos en este ámbito.

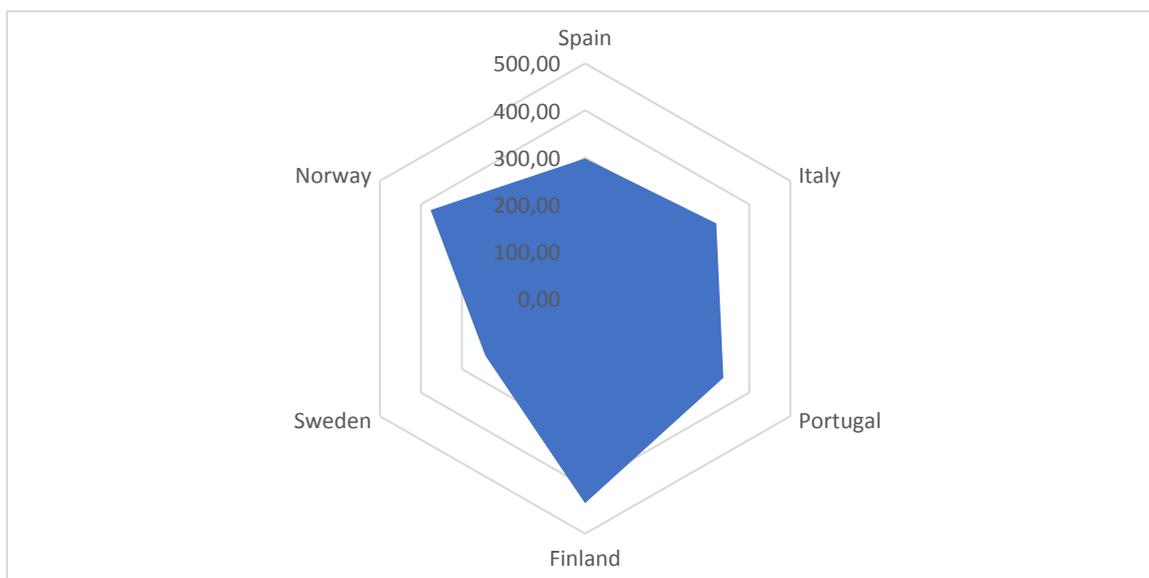
3.1. Indicadores de la sanidad

Entre las medidas que destinan los respectivos gobiernos de los países contemplados, podemos destacar diversos indicadores que nos ayuden a clarificar la implicación que tiene el Estado en el tema sanitario.

Las coberturas en salud pueden reflejarse a través de los instrumentos de que disponen las instituciones en este ámbito. Una de ellas es el número de camas por cada 10000 habitantes, que presenta la disponibilidad total de camas de hospital en el país, lo que se considera directamente relacionado con las coberturas sanitarias y la capacidad para atender unas posibles necesidades de urgencia.

⁷ Ayuso, M. (2016)

Gráfico 3.1: Número de camas por cada 100000 habitantes, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

El gráfico 3.1 nos muestra un comportamiento muy similar de la variable estudiada en todos los países de la zona mediterránea y escandinava. Se puede destacar que las camas disponibles son sustancialmente mayores en Noruega y Finlandia que en los países del sur de Europa, lo que refuerza la idea de una mayor eficacia en la atención sanitaria de los hospitales en la zona norte. Un número más reducido de camas por habitante en España aumenta las características negativas de su sistema de salud, debido a la mayor posibilidad de saturación de sus hospitales, que se materializa en las largas listas de espera que posee.

Llaman la atención los aspectos cualitativos que lleva inherentes: en Escandinavia, las acciones del gobierno en materia de salud van destinadas a la reducción de los pacientes en sus hospitales, a través de la mejora en las prevenciones de enfermedades, lo que implica una disponibilidad mayor de camas para pacientes con necesidades sanitarias reales. En la zona sur y, más concretamente, en el caso español, esta variable es relativamente negativa, ya que los recortes sanitarios vienen acompañados de una reducción tanto en el personal como en los equipos disponibles, por lo que genera una disminución de las facilidades a los pacientes, que a su vez se traducen en una saturación sanitaria, y se ponen de manifiesto las necesidades de llevar a cabo políticas

de prevención más eficaces que, siguiendo el modelo escandinavo, reduzcan los pacientes en los hospitales.

Merece una atención especial el caso de Suecia, que se muestra como el país con menor disponibilidad de camas por habitante. Paradójicamente, esto es un objetivo por alcanzar en este caso, ya que los avances de la medicina permiten al país prescindir de camas, por lo que no son insuficientes, sino innecesarias. Esto se explica en una reducción en los tiempos de permanencia de los pacientes en el hospital, gracias a nueva perspectiva donde las recomendaciones sanitarias son la realización de actividades y no el reposo en cama, que es la práctica tradicional. No obstante, también existen reacciones reacias a esta práctica, debido a que se considera que, también en materia de prevención, conviene igualmente mantener un nivel de exceso de capacidad de camas, para así hacer frente a una posible saturación de los centros sanitarios.

Con respecto al ámbito de la prevención, también podemos valorar la media del conjunto de medidas aplicadas, en virtud de atención primaria para evitar, como veíamos anteriormente, unos requerimientos sanitarios innecesarios.

Tabla 3.1: Prevención de enfermedades (% de la población total)⁸

País	Media Total (excepto Vacunas contra la gripe)	Media total
España	53,6	44,7
Italia	61,4	49,6
Portugal	64,3	52,4
Grecia	56,3	49,7
Dinamarca	52,5	43,0
Finlandia	57,5	:
Suecia	56,4	45,3
Noruega	44,8	35,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Generalmente, los países del norte tienen una menor tendencia de su población a la prevención de enfermedades que, en caso de no evitarse, influirían directamente en una atención sanitaria mucho más costosa. Cabe destacar los casos de España y Noruega, que serán los que contemplaremos en este apartado. Ambos se sitúan a la cola de sus respectivos homólogos

⁸ Para unos datos más detallados, consultar Anexo

geográficos. Además, a nivel general, es importante observar que gran parte de las prevenciones sanitarias que posee la población de cada país vienen determinadas por las enfermedades cardiovasculares y de diabetes, o por exámenes de cáncer de mama, siendo mucho más reducida la prevención de enfermedades más comunes, como la gripe.

También es importante valorar la dedicación de cada país a esta variable de bienestar, no solo desde el punto de vista preventivo, que se alcanza fácilmente mediante campañas al respecto y programas de vacunación, sino también como esfuerzo económico, destinadas a mejorar el campo médico, de tratamientos, y demás equipamientos destinados a sanidad.

En cuanto al porcentaje del PIB destinado a servicios sanitarios los datos son similares entre países mediterráneos (en torno a un 9%) e igualmente entre los nórdicos (10% del PIB) pero lo que llama la atención es el carácter absoluto de estas cifras, ya que el PIB entre los países estudiados es diferente.

La evolución del gasto no varía significativamente durante el periodo considerado (tabla 3.2), a pesar de esto, se produce un incremento progresivo de este gasto para determinados países, como España o Portugal.

Pero también es especialmente relevante el aspecto productivo que se encuentra tras las cifras; el sistema español es considerado uno de los más relevantes en el marco europeo (como ya hemos analizado) y esto provoca que sus reducidas cifras en comparación al país que consideraremos en este trabajo (Noruega) lleven aparejado un buen uso de los recursos disponibles.

Ambos países poseen diferentes cifras de gasto público per cápita en sanidad, en España es relevante un buen empleo de estos recursos para lograr una buena posición a nivel internacional, ya que se ve notablemente superada por la totalidad de los países nórdicos. Noruega, por su parte, es el país que más recursos económicos destina a sus ciudadanos en salud, destacando por su gran esfuerzo en términos absolutos en comparación con el resto de los países estudiados.

Tabla 3.2: Gasto en Sanidad (euros per cápita)

	2012	2013	2014	2015	2016
Grecia	1.537,73	1.386,3	1.303,95	1.335,15	1.366,68
España	2.017,61	1.985,68	2.014,9	2.120,74	2.158,5
Italia	2.426,7	2.384,83	2.404,21	2.445,14	2.477,44
Portugal	1.497,15	1.479,99	1.501,36	1.557,45	1.630,54
Dinamarca	4.662,77	4.686,26	4.790,05	4.912,83	5.014,00
Finlandia	3.428,73	3.548,63	3.566,59	3.726,87	3.727,45
Suecia	4.864,38	5.038,55	4.971,82	5.044,11	5.126,14
Noruega	6.935,51	6.915,76	6.838,71	6.785,86	6.730,33

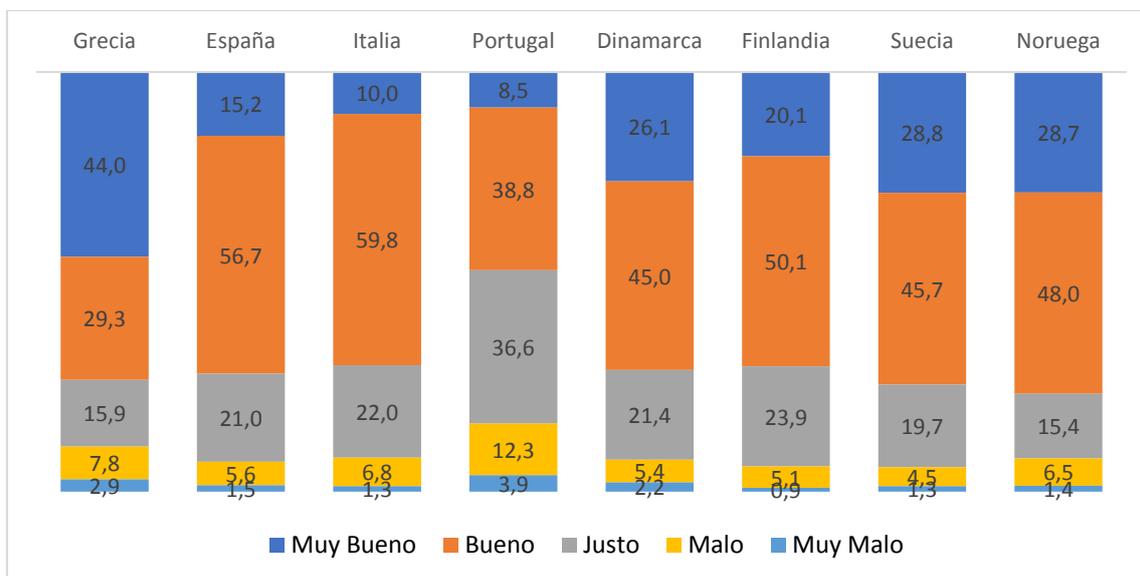
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Por el contrario, podemos suponer, para España, un gasto muy reducido en comparación al potencial, ya que, aunque dedica un 8'97% del PIB (en 2016) sigue siendo, en términos absolutos, más reducido que el de los países nórdicos. Por ello, para incrementar el servicio en términos cualitativos, suponiendo ya una productividad de este bastante elevada, sería aconsejable elevar su peso sobre el PIB hasta el 10% del mismo, es decir, un incremento hasta 2406,355 € per cápita (datos de 2016), de este modo, incrementamos las dotaciones económicas en términos de sanidad.

Habiendo analizado los datos relevantes en cuanto a la sanidad del país, puede ser conveniente observar cuáles son los valores percibidos en términos cualitativos; es decir, aquellos más subjetivos.

El gráfico 3.2 establece una comparación respecto a cómo las personas perciben la sanidad en su país, destacando especialmente el caso de Grecia, con prácticamente un 75% de opiniones muy positivas sobre el mismo, seguido de España, con unas opiniones más reacias a aportar al sistema de salud la máxima nota, lo que indica que, en términos de satisfacción social, el sistema aún debe mejorar en ciertos aspectos. España es el país del sur que tiene una mayoría de opiniones de “justo” en adelante, dejando en proporciones muy pequeñas las opiniones más negativas sobre el sistema. Por ello, es el país que mejor parado sale en el conjunto del sur analizado.

Gráfico 3.2: Autopercepción de la sanidad por países (% sobre los encuestados del país), 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Por otra parte, destaca el mayor optimismo en los países nórdicos, que poseen mayoritariamente una opinión muy positiva sobre sus respectivos sistemas sanitarios (especialmente en Noruega) luego, si las aspiraciones se basan en alcanzar los niveles de estos países, contando ya con una productividad bastante considerable de nuestros recursos, es importante contar también con una potenciación de los servicios, centrados especialmente en la reducción de los fallos del sistema, como por ejemplo, largas listas de espera, equipos anticuados e incremento en la eficacia de las medidas preventivas, para evitar una saturación hospitalaria innecesaria. Estas medidas tienen un impacto directamente positivo sobre la percepción de las personas, lo que contribuiría igualmente a la mejora en la imagen que se tiene sobre el sistema sanitario español, más ajustada a la real.

A la luz de los datos, podemos realizar una comparativa más específica de la sanidad entre ambos bloques. En el caso mediterráneo, analizaremos los aspectos más relevantes de la sanidad española, al ser esta la mejor valorada por los informes externos que se realizan teniendo en cuenta los servicios a los pacientes y el nivel de cobertura de este. Siguiendo el mismo criterio, analizamos las disparidades que tiene el sistema sanitario español con el

noruego, al ser este país el mejor situado en el informe *Euro Health Consumer Index* de entre todos los países que estudiamos en nuestra comparativa.

3.2. Sanidad en España:

España es un país con buenos resultados sanitarios, especialmente en cuanto a la prevención de enfermedades; no obstante, en el último periodo se enfrenta a un decrecimiento de este ámbito preventivo con respecto al panorama europeo, debido en su mayor parte al excesivo tiempo de espera que deben asumir los pacientes para obtener acceso a los servicios.

Esto pone en tela de juicio la necesidad de corregir un déficit sanitario remarcable, que hasta hoy se mantiene sin modificaciones a pesar de las medidas de “copago” (siendo España uno de los pocos países que solo aplican esta medida en el suministro de fármacos), tal y como se contempló en 2012, pero que mantiene un debate sobre la conveniencia de pagos progresivos en función de la renta, e igualmente, sobre el establecimiento de un “techo” de renta frente al cual la totalidad de los servicios sanitarios pasarían a ser gratuitos.

Por ello, algunos de los problemas a los que se enfrenta el Estado en su provisión de servicios de sanidad pública son las numerosas listas de espera (con incrementos progresivos cada año), los equipamientos sanitarios obsoletos o infrautilizados, la escasez de camas de hospital por paciente...

No obstante, la sanidad española también presenta cifras que permiten que esta se encuentre entre las mejores del mundo, ya que utiliza el Sistema Nacional de Salud, que está basado en los principios de universalidad, solidaridad y equidad; los médicos y enfermeros colegiados crecen cada año, y el óptimo ámbito de las prevenciones permite al país conseguir una posición elevada en cuanto a las tasas de cobertura de la gran mayoría de las enfermedades⁹. En términos económicos, la sanidad española es considerada una de las más eficientes debido a la enorme cobertura de sus servicios, con respecto a unos gastos privado y público que se sitúan por debajo de la media europea.

⁹ J.L Murray, C. et al. (2017)

Como consecuencia de la crisis, se redujo el gasto en numerosos ámbitos, siendo muy visibles en la sanidad, aunque inferiores a las que experimentaron otros países europeos.

El ámbito privado contribuye igualmente a aumentar el ranking de la sanidad española¹⁰, analizado gracias a la reputación de las aseguradoras en España, principales representantes, junto a los grupos hospitalarios y hospitales independientes, del ámbito sanitario privado. Las principales aseguradoras privadas en el ámbito de la salud en España son Sanitas, Adeslas y Mapfre.

La sanidad privada se considera relevante en el panorama español gracias a la rápida capacidad de respuesta del sector privado frente a los plazos del sector público, además de un nivel de coberturas más amplio, no sólo a nivel país, sino también a ciudadanos no residentes en España. Además, el excesivo nivel de pacientes que concurren a los hospitales públicos, o la posible falta de medios adecuados para la atención sanitaria de determinados pacientes provoca, en ciertas ocasiones, que el propio sector deba trasladar a algunos de sus pacientes a estas instituciones privadas.

3.3. Sanidad en Noruega:

Este sistema, al igual que el español, también es conocido por ser uno de los más eficaces del mundo, y se compone igualmente de un sistema bilateral entre sistemas de sanidad pública y privada, siendo la primera gratuita para ciudadanos noruegos, o para personas que permanezcan más de un año en el país. Los tratamientos se administran de manera gratuita mediante la tarjeta de salud que poseen. La principal diferencia con respecto a nuestro sistema radica en la posibilidad de elección de especialistas o médicos de cabecera (que puede cambiarse dos veces al año) en función de la disponibilidad de los que operen en cada uno de los centros de salud. Con respecto a los tiempos de espera, estos son mucho más reducidos que en España, pudiendo conseguir una cita en un centro médico el mismo día. La situación es prácticamente impensable en el caso español.

A nivel económico, cabe destacar la cobertura sanitaria, ya que esta no está asegurada en su totalidad; es decir, el propio gobierno establece un techo

¹⁰ Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (2017)

máximo de gasto. Esto implica que el paciente deberá abonar parcialmente las consultas médicas de que disfrute, hasta un máximo de 250€ anuales, a partir del cual será el Estado el que cubra las próximas atenciones médicas; idénticamente ocurre con el suministro de medicamentos. Esta cobertura estatal recibe el nombre de *frikort*.

Tabla 3.3: Copagos de sanidad en Noruega

Copagos incluidos en la base de la "frikort"	Precio en euros €
Consulta al médico de cabecera por el día / por la noche, urgencias.	18,33 / 30,87
Visita del médico a domicilio por el día / por la noche	24,27 / 39,77
Extra por médico especialista en consulta o visita domiciliaria	6
Consulta simple, consejo...	6
Consulta simple por teléfono o carta que conlleva receta o especialista	6,33
Extra por análisis de sangre u otras pruebas	6,33
Control de hemoglobina, toma de tensión o muestras al microscopio.	6,33

Servicio prestado	Precio ordinario en €	Con "frikort"
Análisis de sangre/orina/envío de muestras	12	0
Limpieza de oídos	18	0
Inyecciones	6	0
Curas de heridas simple/media/grande	De 30 a 66 euros	De 11 a 42 €
Eliminación de suturas (con/sin limpieza de herida)	De 18 a 36 euros	De 0 a 11 €

Fuente: Fernández, D. (2013)

Con estas perspectivas, los esfuerzos en común se destinan a la atención primaria, de forma que se evita que los pacientes lleguen a hospitalizarse y los gastos estatales no se incrementen más de lo necesario, por ello, estos gastos van destinados a potenciar la Atención Primaria, poniendo especial énfasis en los factores cualitativos, como es la comunicación interprofesional para evitar el alargamiento de los tiempos de espera de los pacientes, así como otras medidas que incrementen la eficiencia del sistema sanitario, a través de la mejora en la gestión de los hospitales.

4. EDUCACIÓN EN EUROPA

El ámbito educativo es otro de los pilares básicos del Estado del Bienestar, ya que permite la formación de sus ciudadanos y se considera uno de los principales determinantes de la calidad de vida. Una población con más niveles de educación tendrá su repercusión en el conjunto de la economía, ya que su capital humano aumentará, lo que se verá reflejado en una mayor productividad y, en último término, un incremento en el PIB de la economía.

Es considerado por las sociedades modernas como un servicio básico y universal, luego en los países donde rige el Estado de Bienestar, es el Estado quien ha de suministrar este servicio, para garantizar así que todos los miembros de la sociedad puedan tener acceso a una educación gratuita.

Bajo esta concepción de la educación, analizaremos en qué medida los países nórdicos (Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca) y mediterráneos (Portugal, España, Italia y Grecia) garantizan este servicio a sus ciudadanos, el gasto que el Estado dedica a este ámbito, o factores inherentes al sistema educativo, que determinan sus resultados en la economía.

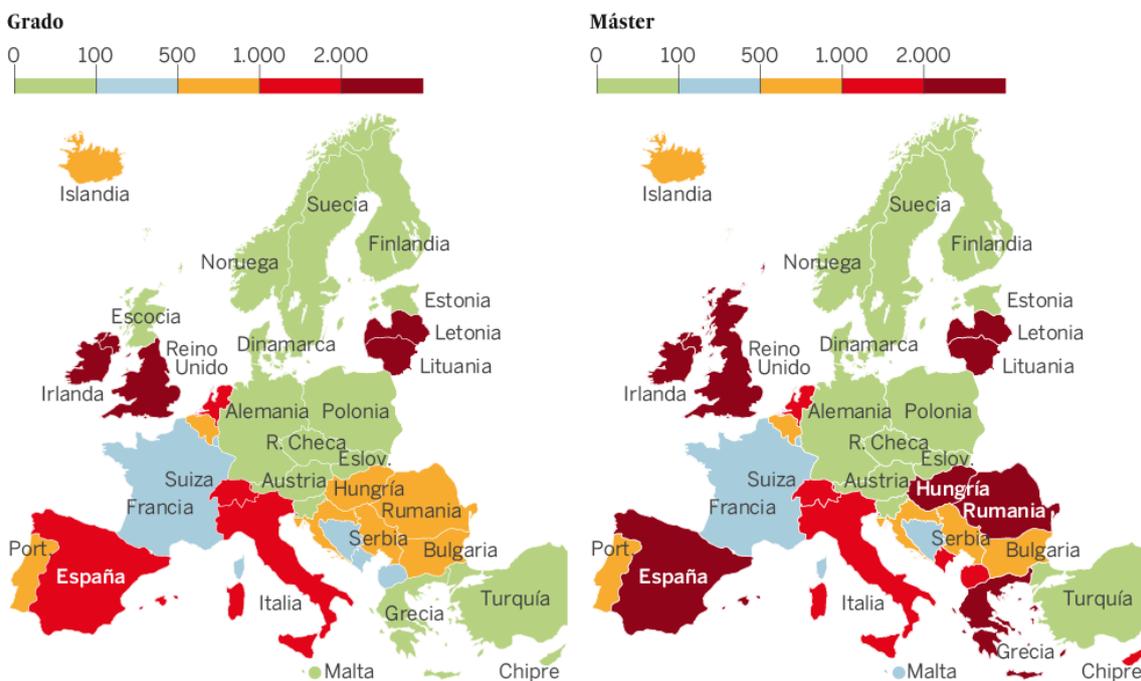
4.1. Indicadores del sistema educativo

En términos monetarios, el indicador principal es el precio de la educación superior, ya que los niveles de educación previos son obligatorios y, por tanto, están cubiertos por el sistema de Bienestar nacional.

En el marco europeo vemos una desigual distribución en los precios de los estudios superiores o universitarios, que pueden variar significativamente con los territorios colindantes (como es el caso de Escocia e Inglaterra) o bien que sigue una tendencia general de precios similares (como en Europa central o Escandinavia, siendo este último el caso en el que nos centramos). Así, en comparación a los países mediterráneos, este factor marca una diferencia importante, ya que los precios del sur de Europa suelen ser elevados mientras que, en el norte, el precio de los grados universitarios es totalmente gratuito, cubriendo igualmente servicios extraordinarios.

Ilustración 4.1: Precio anual de las matrículas de grado universitario y máster (en euros), 2016

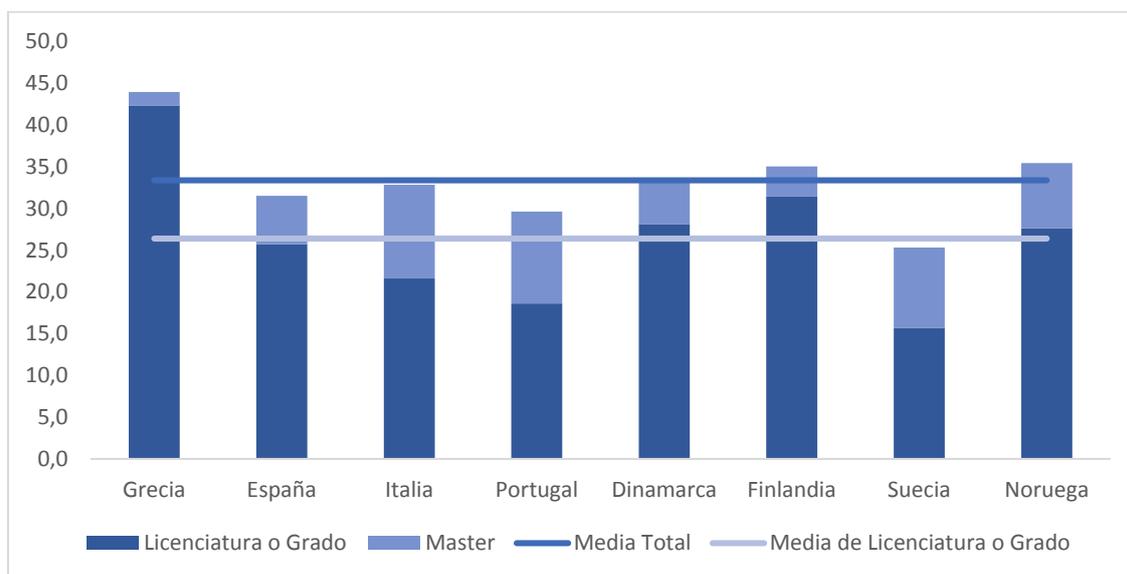
PRECIO DE LA MATRÍCULA, EN EUROS AL AÑO



Fuente: Periódico El País (2016)

A la vista de esta situación, parece importante evaluar si los costes económicos son decisivos para la continuación de los estudios en cada país; la ilustración 4.1 presenta datos sobre la totalidad de estudiantes cursando estudios de educación superior en 2016, último año con datos disponibles.

Gráfico 4.1: Estudiantes entre 20 y 24 años cursando Licenciatura o Grado y Máster (% sobre el total del rango de edad), 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Suponiendo que la variación de estudiantes no es lo suficientemente significativa como para modificar los datos de un año a otro, vemos que ni España, ni Italia, ni Portugal (los países con costes de matriculación en grados universitarios) llegan a la media.

El caso de los másteres cambia la disposición del gráfico, destacando la situación de Grecia (con un precio de matrícula superior a 2000€, frente a la gratuidad del nivel de estudios anterior) lo que reduce considerablemente la cantidad de personas que continúan sus estudios de educación superior en el país. Los países nórdicos siguen una disposición similar entre sí, mientras que Italia y Portugal incrementan sus datos considerablemente, en comparación a sus estudiantes de licenciatura o grado, así como en comparación al resto de países.

No ocurre lo mismo con España, ya que, como hemos visto en el mapa anterior, es, junto con Grecia, el país con costes de matrícula de máster más elevado de los considerados en el análisis.

La continuación de estudios es similar en países con costes adicionales, tanto en licenciaturas o grados como en másteres, aunque con un porcentaje ligeramente inferior a los países con costes de educación superior gratuitos. De este modo, los países con ambos niveles de educación gratuitos mantienen unas cifras similares entre sí, y la continuidad de los estudios se vuelve completamente voluntaria, debido al carácter gratuito de los mismos.

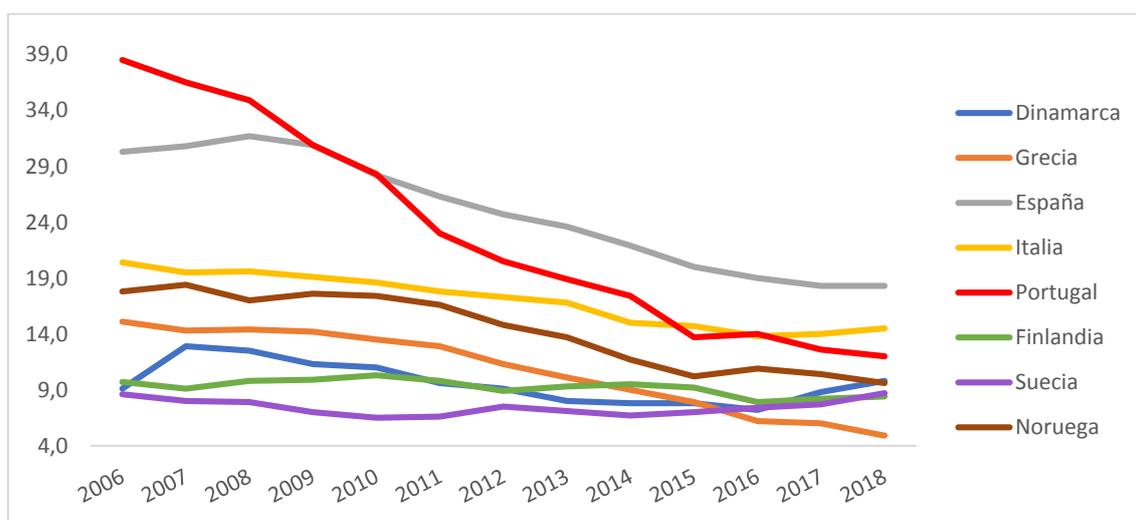
Por otro lado, países con excesivas diferencias de costes entre ambos niveles educativos pueden ver un fuerte contraste entre sus estudiantes, como se refleja fielmente en los datos griegos. En consecuencia, podría llegar a darse una desvalorización de los títulos universitarios (debido al gran número de titulados con estudios de grado) y sobrevalorización de los títulos de máster (ya que el número de graduados en este campo es menor) provocando una dualización en el mercado laboral en razón a los estudios.

Conociendo esto, es interesante considerar qué es lo más conveniente para la sociedad, ya que un coste elevado en la matrícula podría servir como incentivo para aumentar la productividad de sus alumnos y, por tanto, evitar una excesiva concentración de estudiantes.

Hemos comparado exclusivamente la proporción de estudiantes universitarios en cada país, pero también es relevante analizar la parte negativa de la

educación, que relacionaremos con la tasa de abandono escolar, que afecta a cualquier nivel educativo, lo que nos indicará ciertos aspectos estructurales de la educación, entre los que podemos destacar: la desmotivación de los estudiantes, la falta de recursos (en el caso de los países que no poseen una cobertura completa de los servicios educativos) y también por incorporación temprana al mundo laboral, problemas de aprendizaje individual o dificultades en la formación personal, e incluso expectativas negativas con respecto a la educación de cada individuo.

Gráfico 4.2: Tasa de abandono escolar (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

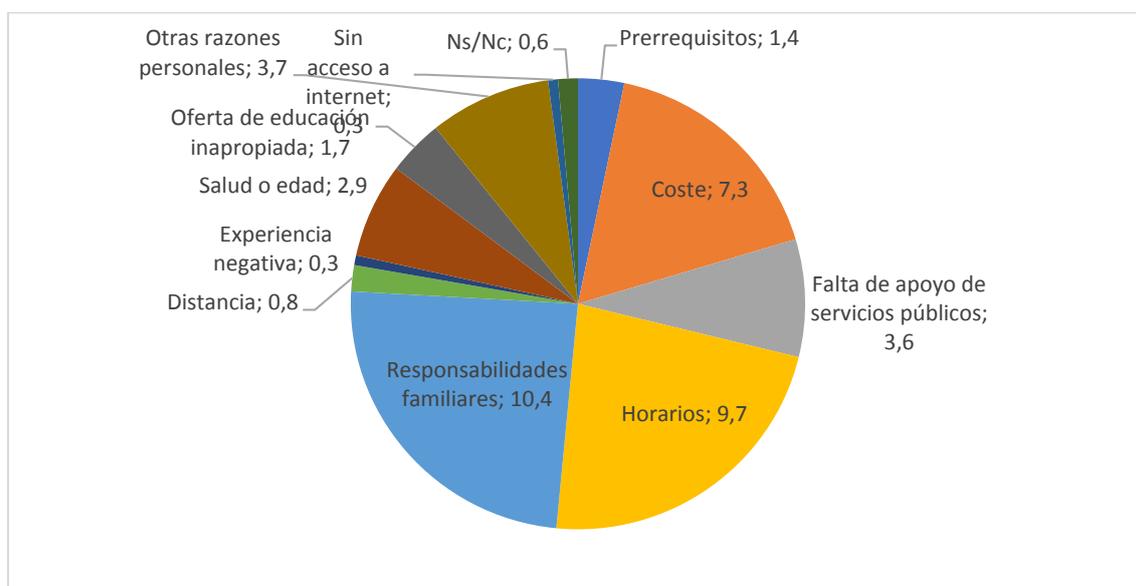
Tal y como se observa en este gráfico, el abandono escolar ha vivido un fenómeno de convergencia entre países desde los inicios de la crisis económica hasta la actualidad. Mientras que las diferencias eran muy notables a principios del periodo considerado y aunque se han reducido notablemente, las tasas siguen siendo bastante diferentes entre sí.

Destaca, sobre todo, la evolución de España y Portugal, partiendo de niveles entre 40 y 30% de abandono escolar, reducido hasta menos del 25%; aun así, en España esta variable sigue siendo un problema por resolver, debido a que, a pesar de la reducción, se ha mantenido con la mayor tasa de abandono escolar. Esto tiene sus consecuencias en la falta de soluciones a los retos educativos que se presentan en las instituciones, como puede ser la ausencia de servicios básicos que sí que encontramos en el norte de Europa, o en la llamada “homogeneización de las clases”, donde a todos los estudiantes se les exige por igual, sin tener en cuenta capacidades personales. Esta situación

deriva, en muchas ocasiones, en frustraciones por parte de los estudiantes y, finalmente, el abandono de los estudios.

Para profundizar en esto, debemos analizar la causa de los abandonos en cualquier nivel de educación, para determinar así, cuáles son los principales problemas a los que se enfrenta nuestro país en materia educativa, y sobre los cuales los poderes públicos deberían actuar para tratar de reducir estas cifras, acercándose a los países que estamos tomando como referencia.

Gráfico 4.3: Principal obstáculo para la continuación de estudios o formación en España (% sobre el total), 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat

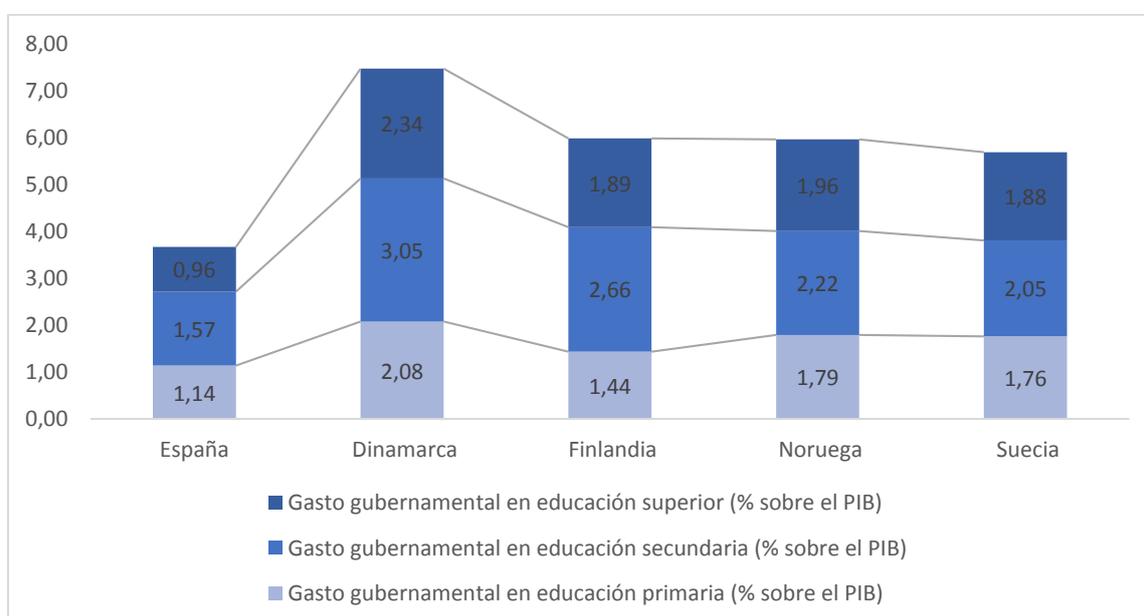
Este gráfico presenta como principales causas de abandono: las responsabilidades familiares, los problemas de horario o el coste de los servicios educativos (excluyendo la proporción correspondiente al abandono voluntario, con un valor de 57'3%).

En este caso, una de las acciones que podrían llevarse a cabo para tratar de reducir las tasas de abandono sería el incremento de las coberturas públicas de la educación, además de implementar otras medidas de carácter cualitativo, o extra educacionales, como un cambio en los horarios de impartición de la formación, que podría tender a parecerse a los horarios de trabajo, o bien todo lo contrario, de forma que los horarios laborales de referencia y los docentes no coincidan, permitiendo así la conciliación entre estudios y trabajo (la cantidad

de jóvenes que estudia y trabaja en España representa un 8% en 2017)¹¹ y ayudas para tratar de paliar el problema de abandono de estudios por responsabilidades familiares. En definitiva, se trata de medidas de cambios estructurales que ayuden a las cifras escolares a mejorar progresivamente.

Centrándonos nuevamente en el aspecto económico, es necesario observar si el gasto que realiza el gobierno español es suficiente para alcanzar el nivel académico de los países nórdicos, y es por ello por lo que analizaremos a continuación el nivel de gasto e inversión en educación de estos países, comparado con el de España.

Gráfico 4.4: Gasto gubernamental en educación (% sobre PIB), 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial (Los datos de Dinamarca son de 2015)

Se revela bastante evidente la lejanía de inversión monetaria en educación por parte de nuestro país que, además, ha ido decreciendo de forma progresiva desde los inicios de la crisis económica. De este modo, vemos una primera reducción de base en cuanto a la educación primaria, que aun así es bastante similar a la finlandesa; esta situación cambia, no obstante, al pasar a educación secundaria, donde los datos son más reducidos, suponiendo esta la principal causa del atraso español en cuanto a inversión educativa (cabe destacar que esta es la etapa más extensa del periodo educativo).

¹¹ Periódico El Mundo (23/01/2017)

Finalmente encontramos la educación superior, que es a la que el Estado español dedica menos recursos, aunque para los países nórdicos este lugar lo ocupa la educación primaria.

En total, significaría hasta menos de un 4% del PIB, cuando en los países que estamos tomando como referencia llega hasta un 6%.

Tras el análisis gráfico de la situación educativa en los países estudiamos, observamos los rasgos más importantes sobre la configuración educativa en nuestro país.

4.2. La educación en España:

El sistema educativo español divide esta competencia entre sus diferentes regiones, que gestionan y dirigen el funcionamiento de los diferentes centros educativos, así como su financiación en función de su clasificación en centros públicos (educación financiada por el Ministerio de Educación), centros privados (generalmente ligados a la institución católica y sin financiación) o un sistema mixto, que constituyen los centros concertados.

Los principios que guían el comportamiento de la Administración en los centros públicos son: “calidad, cooperación, equidad, libertad de enseñanza, mérito, igualdad de oportunidades, no discriminación, eficiencia en la asignación de recursos públicos, transparencia y rendición de cuentas”

La educación se divide en¹²:

- ✓ Educación primaria: engloba seis cursos que se imparten desde que los estudiantes tienen 6 a 12 años
- ✓ Educación secundaria: a su vez esta se divide entre Educación Secundaria Obligatoria, que continúa el ciclo anterior, esta vez con 4 cursos, y que es la primera vez (a los 16 años) que permite a los estudiantes continuar en la formación profesional, cursar Bachillerato o incorporarse al mundo laboral.

En el caso de que los estudiantes continúen con Bachillerato podrán, tras cursar los dos años de los que se compone, continuar desde la formación profesional o incorporarse directamente a la Universidad a través de su correspondiente prueba de acceso

¹² Ministerio de Educación (2018)

- ✓ Educación superior: Establecida en 3 opciones secuenciales no obligatorias, que comprenden los grados universitarios (generalmente de duración de hasta 4 años), seguido de un año de máster y, por último, el doctorado, que supondría el culmen de la especialización del estudiante en una materia específica, comenzada a partir de Bachillerato, con la selección de modalidad.

La estructuración universitaria española se compone de un sistema de créditos, adoptando el modelo del plan Bolonia, que se ha adaptado a la gran mayoría de los países del continente europeo.

La duración de los Grados universitarios suele ser compensada con la duración de los años de máster (ej. España tiene un régimen educativo universitario de cuatro años y uno de máster; el caso francés tiene tres y dos, respectivamente) resultando un mínimo total de cinco años para ambos niveles de estudios.

El rasgo principal de la organización política española (que afecta también a la educación) es la descentralización. Con ella, las competencias en ciertos ámbitos son transferidas directamente a sus Comunidades Autónomas; esto implica que, en cada división administrativa, la educación tiene unos objetivos y unas medidas diferentes, que se ve reflejado en los diferentes resultados de estas, tanto en participación escolar como en resultados.

Por ello, hemos de analizar las disparidades que se presentan entre Comunidades Autónomas, que pueden tener su reflejo en los resultados del *informe PISA*, realizado por la OCDE cada 3 años, para evaluar el desempeño de los alumnos en cada materia que este informe contempla: matemáticas, comprensión lectora y ciencia.

La tabla 4.1 presenta de manera detallada los resultados que obtienen los alumnos de cada Comunidad Autónoma en las pruebas realizadas. A partir de estos resultados, podemos observar cómo las diferencias son bastante remarcables entre unas Comunidades y otras, sin embargo, los resultados entre pruebas de una misma región son bastante homogéneos, por lo que evaluar el nivel educativo a partir de la media de las tres pruebas parece adecuado.

Tabla 4.1: Resultados del informe Pisa por Comunidades Autónomas españolas en Matemáticas, Lectura y Ciencias, 2015

	Matemáticas	Lectura	Ciencia	Media
Castilla y León	506	522	519	515,67
Navarra	518	514	512	514,67
Madrid	503	520	516	513,00
Galicia	494	509	512	505,00
Aragón	500	506	508	504,67
Cataluña	500	500	504	501,33
La Rioja	505	491	498	498,00
Cantabria	495	501	496	497,33
Asturias	492	498	501	497,00
Castilla-La Mancha	486	499	497	494,00
Com. Valenciana	485	499	494	492,67
País Vasco	492	491	483	488,67
I. Baleares	476	485	485	482,00
Murcia	470	486	484	480,00
Extremadura	473	475	474	474,00
Andalucía	466	479	473	472,67
Canarias	452	483	475	470,00
España	486	496	493	491,67

Fuente: Elaboración propia con datos del periódico El País¹³

En primer lugar, se sitúa la comunidad de Castilla y León que, obtiene unos resultados sobresalientes no sólo para España, sino que también supera el nivel de varios países nórdicos (si lo comparamos con los resultados por países de la tabla 4.2). Las cuatro siguientes posiciones las ocupan, respectivamente, Navarra, Galicia, Madrid y Aragón; mientras tanto, las Comunidades con los peores resultados a nivel nacional son Extremadura, Andalucía e Islas Canarias, situándose estas al final de la tabla. Además, cabe destacar que las tres Comunidades se sitúan en una ubicación geográfica similar, el suroeste español, recalcando así la idea de un sur menos avanzado en capital humano que las regiones del norte.

4.3. La educación en Finlandia

Centrándonos en los países del norte, no cabe duda, tal y como hemos visto en el apartado anterior, que la inversión e importancia que el grupo escandinavo dedica a la educación es muy elevado, debido a factores estructurales

¹³ Periódico El País (7/12/2016)

promovidos por las clases gobernantes como una de sus grandes fuentes de generación de capital humano, con grandes efectos posteriores sobre su economía. Destaca especialmente entre ellos el caso de Finlandia, con un 38% de su población con educación superior, como el país que más recursos dedica a la enseñanza y formación de sus habitantes¹⁴:

Estos esfuerzos gubernamentales tienen su reflejo en el continente europeo gracias a los resultados que sus estudiantes obtienen en las comparativas educacionales internacionales que vienen representadas en el *informe Pisa*, que reveló a Finlandia como el tercer país mejor clasificado en materia científica en la última consulta realizada en 2015.

Tabla 4.2: Resultados del Informe PISA en Matemáticas, Lectura y Ciencias, 2015

	Dinamarca	Finlandia	Noruega	Suecia	Grecia	Italia	Portugal	España
Matemáticas	511	511	502	494	454	490	492	486
Lectura	500	526	513	500	467	485	498	496
Ciencia	502	531	498	493	455	481	501	493
Media	504,33	522,67	504,33	495,67	458,67	485,33	497,00	491,67

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Así, a partir de estos datos, podemos observar los mejores resultados de Finlandia en todos los ámbitos, destacando Suecia como país peor clasificado dentro del grupo del norte, superado incluso por Portugal (gracias a sus sorprendentes datos en la evaluación de “ciencia”) que se alza como el país del bloque mediterráneo con mejor calidad de la educación. Por último, resaltar los resultados de Grecia, que se aleja de manera significativa del resto de sus socios, obteniendo, los peores resultados de la comparativa¹⁵.

Los principales factores que determinan un nivel educativo sobresaliente en Finlandia vienen determinados principalmente por las exigencias académicas que se imponen a los docentes, configurando la titulación en magisterio como una de las más complicadas, lo que resulta en profesores muy preparados para la enseñanza, que comienza en la sociedad finlandesa a los 7 años, siendo

¹⁴ Luna, C. (2012)

¹⁵Según *El Informe Pisa*, la Comunidad Autónoma española peor situada en España es Canarias. Grecia se sitúa por detrás.

obligatoria hasta los 16 años, partiendo de horas de clase muy reducidas con respecto a otros países.

En Finlandia, la educación obligatoria comienza un año más tarde y engloba otras necesidades extra-educacionales; la escuela pública es la única opción posible.

En el tramo de educación primaria se asigna un grupo de profesores determinado a cada grupo de alumnos, de forma que no quedan sujetos a la enseñanza en un único curso, sino a unos estudiantes concretos; bajo este método se considera que la accesibilidad de los alumnos a los profesores será mayor, y este factor permitirá a los profesores mantener un nivel de enseñanza personalizada, a partir de la cual se eliminan las actividades estandarizadas y cada estudiante pasa a tener un ritmo de aprendizaje propio en función de sus necesidades; de este modo, se reducen las tasas de fracaso escolar (que podrían derivar en un posible abandono posterior) a través de calificaciones descriptivas según las condiciones de cada alumno. La educación finlandesa se basa en factores cualitativos, estableciendo cambios de carácter estructural centrados principalmente en la conciliación de la vida personal y estudiantil.

Además, debemos valorar las intervenciones económicas que incrementan la calidad de la educación en este país, ya que esta es totalmente gratuita cubriendo también las necesidades de transporte, material escolar y alimentación de los alumnos, lo que libera a las familias de esa carga económica.

Con respecto a los centros educativos, todos ellos reciben cantidades elevadas en función del PIB nacional, variando las cantidades recibidas según las carencias de cada uno de ellos.

En cuanto a la educación secundaria, esta tiene dos vías posibles, similares a las disponibles en España, que son la realización de Bachillerato o la formación profesional. La primera es cursada por más del 90% de los alumnos¹⁶, y se extiende entre dos y cuatro años, culminando con una evaluación nacional que incluye cuatro exámenes obligatorios. El sistema es, en este aspecto, muy similar al español.

¹⁶ Dirección General de Educación de Finlandia (2013)

Tras obtener su certificado, los estudiantes pueden acceder a la Universidad, constando las diferentes titulaciones de una estructura unificada de 3 años, con al menos medio año obligatorio de prácticas, que establece los primeros lazos entre el mundo estudiantil y laboral. Su calificación se determina mediante pruebas de destreza similares a las situaciones reales del mundo laboral.

Esta división práctico-teórica no se realiza de forma unilateral en las universidades, sino que el enfoque más práctico se deriva a escuelas superiores profesionales.

En el caso de las universidades, los alumnos generalmente optan a una licenciatura, que suele durar cinco años, aunque en numerosas ocasiones el tiempo se incrementa hasta seis; con el fin de acortar estos años, y con ello incrementar el número de graduados por año, el gobierno finlandés implementa medidas económicas y cualitativas como planes de estudios personalizados.

Las escuelas superiores profesionales siguen la tendencia de las universidades españolas, con estudios básicos y opcionales con respecto a la materia en la que cada alumno decida formarse y un proyecto de fin de carrera, que supone la culminación de todos los estudios previos, recogidos a través de un sistema de créditos ECTS.

Atendiendo nuevamente al papel de la educación y, más concretamente, a los docentes, cabe destacar que es una de las aspiraciones profesionales más atractivas en el país, derivando los estudios necesarios en función de la rama educativa en la que vayan a ejercer, siendo muy complicado el acceso al mundo laboral como docente, ya que es donde el gobierno finlandés deposita su confianza como una de las variables cualitativas de la educación más importantes.

Por ello, las medidas principales que otorga son: “actividades de actualización en servicio” a partir de las cuales los docentes toman parte en actividades innovadoras en la educación. Esto permite un mayor dinamismo en el momento de planificación de las clases y una mejora en la calidad de estas; además, se aplican “programas de capacitación en servicio”, mediante los cuales se estudia con los educadores la funcionalidad y conveniencia de la aplicación de políticas o reformas en el campo de la educación.

Del mismo modo, ofrece incentivos monetarios, ya que el acceso a cualquier medio de educación es totalmente gratuito, dejando a voluntad del estudiante la continuación de su formación o su entrada en el mundo laboral.

Por esto, es importante comparar el papel y la importancia que se da a la educación en el contexto internacional, ya que es así como nos sirve de referente para saber, por tanto, si la continuación de los estudios es una facilidad para los ciudadanos o si, por el contrario, el país impone dificultades (que generalmente suelen ser de tipo cuantitativo) para acceder a cursos de educación más avanzada, como, por ejemplo, la Universidad. Analizaremos, a continuación, la importancia que tienen estos aspectos sobre el ámbito educativo y sobre la economía del país en general.

5. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LA RELEVANCIA DEL GASTO SOCIAL SOBRE LA RENTA NACIONAL

Tras haber observado las tendencias de España en cuanto al bienestar de sus ciudadanos, y a sus dos pilares básicos, sanidad y educación, nos centramos ahora en evaluar la importancia de estos indicadores y su repercusión sobre la economía. Para ello, realizaremos un estudio econométrico sobre el gasto social de España y así poder determinar la repercusión que tiene el Estado sobre estos indicadores, analizando cómo el gasto social afecta a la educación, a la sanidad y al PIB de España, lo que nos permitirá analizar las posibilidades de mejora y la aplicabilidad de políticas en términos sociales para el país

Evaluamos el peso del gasto social sobre la economía, a través de la fórmula econométrica clásica:

$$PIB_t = \beta_0 + \beta_1 Gto.Social_t + \varepsilon_t$$

Estimando de forma robusta, es decir, aplicando la matriz de Newey-West evitamos el problema de autocorrelación de las variables, ya que el gasto social tendrá efectos sobre el PIB en periodos posteriores.

Tabla 5.1: Estimación del PIB per cápita en dólares constantes de 2010 frente al gasto social per cápita, (1990-2015)

Dependent Variable: PIB_PER_CAPITA
 Method: Least Squares
 Date: 06/12/19 Time: 15:19
 Sample: 1990 2015
 Included observations: 26
 HAC standard errors & covariance (Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth = 3.0000)

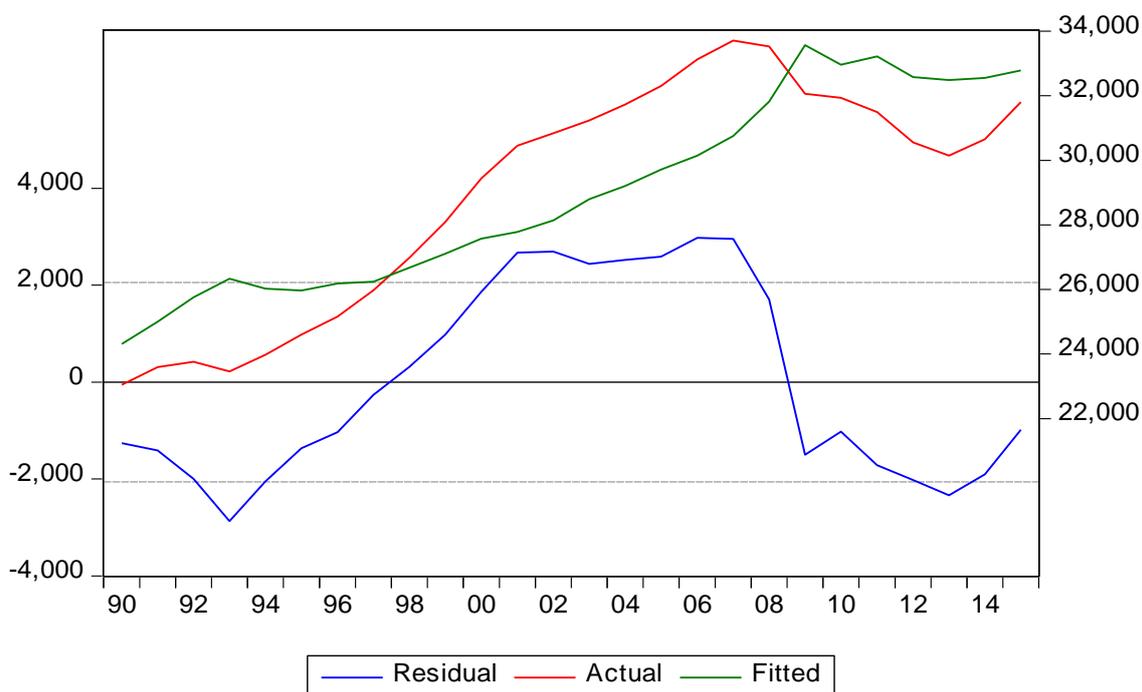
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
GTO_SOCIAL_PER_CAPITA	2.488831	0.456622	5.450533	0.0000
C	13287.72	2927.014	4.539684	0.0001
R-squared	0.684891	Mean dependent var		28987.10
Adjusted R-squared	0.671762	S.D. dependent var		3595.997
S.E. of regression	2060.222	Akaike info criterion		18.17282
Sum squared resid	1.02E+08	Schwarz criterion		18.26960
Log likelihood	-234.2466	Hannan-Quinn criter.		18.20069
F-statistic	52.16415	Durbin-Watson stat		0.188475
Prob(F-statistic)	0.000000	Wald F-statistic		29.70831
Prob(Wald F-statistic)	0.000013			

Fuente: Elaboración propia con datos de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos

Gracias a la estimación, observamos, mediante sus contrastes, que cumple la hipótesis de normalidad y homocedasticidad, luego el modelo sería válido para realizar contrastes. A partir de esto, podemos observar que el gasto social incide de manera positiva sobre el PIB per cápita, además, aumenta más que la unidad, lo que implica que un mayor esfuerzo económico por parte del gobierno en gasto social implicaría un aumento aún mayor del PIB per cápita del país. Un dato positivo sobre esta estimación es que la desviación típica no es excesivamente grande, luego un aumento marginal en el gasto social per cápita incrementaría el PIB per cápita en 2'48 unidades (expresado en dólares americanos).

El carácter más negativo de esta estimación es que su R-cuadrado es de 0'68, lo que implica que la estimación explica sólo un 68'49% de la variabilidad del PIB per cápita.

Gráfico 5.1: Regresión del PIB per cápita en dólares constantes de 2010 frente al gasto social per cápita, (1990-2015)



Fuente: Elaboración propia con datos de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos

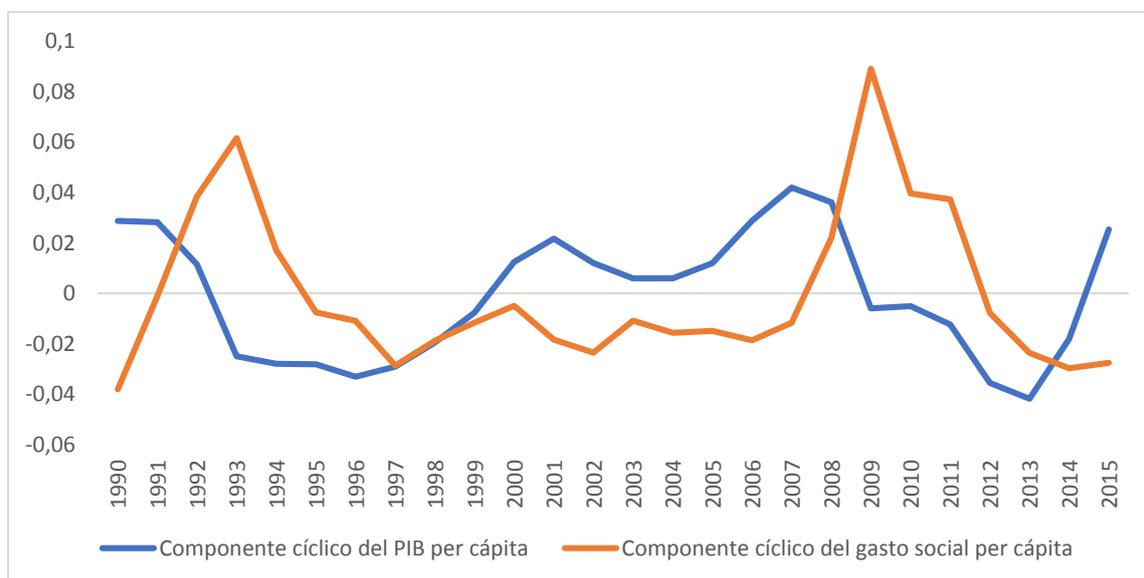
La representación gráfica nos muestra cómo los valores estimados evolucionan de manera diferente a los reales, lo que podría señalar en primera instancia una tendencia cíclica diferente entre el PIB per cápita y el gasto social. Esto

implica que un periodo expansionista viene acompañado de una disminución del gasto social, que suaviza los efectos cíclicos de la economía, de forma que esta evolucione moderadamente. Este objetivo es alcanzable a partir de unas medidas de carácter anticíclico que eviten recesiones graves acrecentadas por una disminución en el gasto social o, al contrario, periodos de bonanza económica impulsados por un gasto social creciente.

Esta situación puede causar fluctuaciones económicas muy acusadas y, en consecuencia, inestables, y es por lo que, en muchas ocasiones, se consideran necesarias las medidas anticíclicas para el correcto funcionamiento de la economía.

Para conocer la situación en España, estudiamos el componente cíclico entre el gasto social per cápita y el PIB per cápita en el periodo considerado, aplicando el filtro Hodrick-Prescott a los datos disponibles de cada variable y expresando estas en escala logarítmica, para así poder comparar las dos magnitudes.

Gráfico 5.2: Componentes cíclicos del PIB per cápita y gasto social per cápita en España, 1990-2015



Fuente: Elaboración propia con datos de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos

A la vista del gráfico, parece que el gasto social sigue una tendencia anticíclica, lo que significa que se incrementa en periodos de recesión y disminuye en periodos de auge económico, además, la volatilidad de esta variable es mayor

que el PIB per cápita, lo que implica que sus incrementos y reducciones son mayores. De este modo, podemos inferir las actuaciones que debe seguir el gobierno para aumentar la eficiencia de sus políticas, llevando a cabo un nivel de gasto social por debajo del PIB per cápita, para así poder aumentarlo considerablemente en la próxima recesión y así paliar los efectos negativos de dicha recesión.

Por otro lado, podemos observar cómo en los últimos datos disponibles el PIB se recupera del periodo de recesión; en este caso, y según las políticas fiscales anticíclicas, la actuación más recomendable para mantener una evolución económica moderada es continuar con ese nivel de gasto social por debajo del PIB per cápita, que supone un nivel de crecimiento constante, para que así se mantenga por debajo del potencial.

Igualmente, se puede analizar el comportamiento de ese gasto durante el periodo de depresión económica, ya que en un principio se incrementó, manteniendo su carácter anticíclico, pero a partir del año 2009 comenzó a descender, perdiendo así su capacidad atenuante.

Con el análisis realizado previamente, se ha estimado que un incremento en el gasto social per cápita incidiría en más del doble sobre el PIB per cápita, de manera directa. Por tanto, parece razonable que, una vez el PIB ha superado su valor potencial (representado en el gráfico por el valor 0), deban aplicarse políticas anticíclicas de gasto social que hagan decrecer esta variable, mientras que una vez ocurra lo contrario, las medidas políticas sean las inversas, es decir, un incremento del gasto social. De este modo se podrá mantener un crecimiento moderado de la economía y, asimismo, un sistema económico estable.

CONCLUSIONES

El trabajo analiza las políticas, efectos y la importancia del bienestar en los países escandinavos y mediterráneos, así como una comparativa entre algunos de ellos, que hemos considerado representativos.

A partir de los indicadores empleados, podemos concluir que los resultados no difieren significativamente entre sí, lo que supone una relevancia concedida a las políticas de bienestar similar entre las dos regiones europeas estudiadas. Esto se vuelve aún más llamativo considerando que las zonas escogidas se encuentran en los extremos norte y sur del continente, lo que debería ser motivo agravante para la diferenciación en términos cuantitativos.

Esta era la principal motivación del trabajo, es decir, realizar un análisis de las divergencias existentes en el bienestar social entre dos zonas geográficas diferentes. A lo largo del análisis comparativo, se ha observado que esas divergencias no son las esperadas ya que, aunque sí que existen, no son excesivas, tal y como podía respaldar la intuición inicial.

Los resultados de los ámbitos estudiados, sanidad y educación, efectivamente difieren entre las dos regiones, aunque nuevamente, las políticas gubernamentales no son muy diferentes entre los países, lo que nos permite establecer un marco común para las políticas sociales que adopta el continente europeo en general.

Del análisis econométrico realizado se obtiene que la influencia que tiene el gasto social en la economía española es muy significativa, ya que este incrementa marginalmente la renta nacional de manera exponencial, puesto que un aumento de una unidad de gasto social incrementará el PIB per cápita en un 2'45. Esto, por consiguiente, revela la importancia que tiene el gasto social en la renta nacional.

En términos generales, quizá deberíamos señalar que los análisis cuantitativos realizados pueden no ser los más apropiados para investigar y analizar las diferencias existentes entre el bienestar de los países que conforman el continente europeo, si es que estas existen. Quizá el análisis desde una perspectiva cualitativa revelase mayores diferencias en el bienestar de las regiones y países estudiados, pero ese ya no es objeto de este trabajo.

ANEXO

Tabla A.1: Prevención de enfermedades, detallado (% de la población total)

País	Vacunas contra la gripe (%)	Presión de la sangre	Colesterol en sangre	Azúcar en sangre	Prevención de enfermedades cardiovasculares y diabetes	Prueba de cáncer colorrectal	Examen mamario por Rayos X
España	18,2	94,3	92,9	91,2	92,8	11,6	56,3
Italia	14,3	91,1	89,0	88,3	89,5	29,7	64,9
Portugal	16,8	96,6	93,0	92,4	94,0	31,4	67,5
Grecia	30,0	84,9	89,0	88,0	87,3	19,9	61,6
Dinamarca	14,8	93,7	63,2	71,3	76,1	29,5	51,8
Finlandia	:	98,9	87,1	91,7	92,6	20,2	59,8
Suecia	12,0	93,4	67,7	77,2	79,4	26,7	63,2
Noruega	7,6	89,9	64,8	67,4	74,0	8,5	51,8

Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat

BIBLIOGRAFÍA

Amir Salud (2017): “Sanidad en España, datos y curiosidades” Disponible en <https://www.amirsalud.com/sanidad-en-espana/> [consulta: 23/01/19]

Arancón, F. (2014): “El Modelo de Bienestar Nórdico” disponible en <https://elordenmundial.com/el-modelo-de-bienestar-nordico/> [consulta:10/04/19]

Artículo 3 del Tratado de la Unión Europea (2014). Disponible en <https://leyes.org.es/art-3-del-tratado-de-la-union-europea/> [consulta: 04/05/19]

Aulaplaneta (2015): “Las diez claves de la educación en Finlandia”. Disponible en <http://www.aulaplaneta.com/2015/01/22/noticias-sobre-educacion/las-diez-claves-de-la-educacion-en-finlandia/> [consulta: 16/01/19]

Ayuso, M. (2016): “¿La mejor sanidad? España tiene el 19º sistema de salud de Europa” Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-02-22/holanda-tiene-el-mejor-sistema-de-salud-de-europa-espana-el-decimonoveno_1156707/ [consulta: 22/01/19]

Ballesteros, S. (2017): “La sanidad española, la 8ª mejor del mundo”. Disponible en https://cadenaser.com/ser/2017/05/19/sociedad/1495192893_081691.html [consulta: 23/01/19]

Embajada de Finlandia (2018): “Educación en Finlandia”. Disponible en <http://www.finlandia.es/public/default.aspx?nodeid=36870&contentlan=9&culture=es-ES> [consulta: 17/01/19]

Estrin, S. y Laidler, D. (1995): “El equilibrio general y el bienestar” en Estrin, S. y Laidler, D. (ed. Prentice Hall), *Microeconomía*, pp. 457-524

Eustat (2006): “Ficha metodológica. El Índice de Desarrollo Humano” disponible en http://www.eustat.eus/documentos/datos/PI_metod/IDH_IDH_c.asp [consulta: 05/05/19]

Fedea (2018): “El sistema de salud en España en perspectiva comparada”. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea. pp.16-37 Disponible en: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>

Fernández, D. (2013): “Noruega: de Luces y Sombras” Disponible en: <http://www.davidfergar.com/2013/02/el-copago-en-noruega-precios-de-las.html>
[consulta: 06/02/19]

J.L Murray, C. et al. (2017): “Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015”, *The Lancet*, 390, pp. 231-266.

J.M.P (2018): “Análisis de la sanidad privada en España: un sector dinámico” disponible en <https://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/2018/05/13/analisis-sanidad-privada-espana-sector/2019781.html>
[consulta: 28/05/19]

Luna, C. (2012): “¿Cuáles son los 10 países con el mejor nivel de educación?”. Disponible en: <https://www.dineroenimagen.com/2012-11-02/10181> [consulta: 16/01/19]

Ministerio de Educación y Formación profesional (2018): <http://www.educacionyfp.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/estudiantes/portada.html;jsessionid=6FFC9AB3FE16C94ADA5622DD13C4F353> [consulta: 19/11/18]

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018): “Los sistemas sanitarios en los países de la UE” Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf

Ministry of Education and Culture (2013): «La educación finlandesa en síntesis», Educación en Finlandia, pp. 17-26

Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (2017): “Ránking general de las aseguradoras de salud” disponible en: <http://www.merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria-aseguradoras-salud> [consulta: 28/05/19]

Navarro, V. (2004): “El Estado del bienestar en España” disponible en http://www.ascane.org/docs/El_estado_del_bienestar_en_Espanna.pdf

[consulta: 14/03/19]

Nieves, V. (2017): “Radiografía de la sanidad en España: buena, bonita, barata y para todo el mundo” Disponible en <https://www.eleconomista.es/economia/noticias/8772080/11/17/Radiografia-de-la-sanidad-en-Espana-buena-bonita-barata-y-para-todo-el-mundo.html>

[consulta: 23/01/19]

Pareto, V. (1906): “El Equilibrio Económico” en Pareto, V. (ed. Nova Cultural Ltda.), *Manual de Economía Política*, pp. 265-293

Pigou, A. (1920): “La intervención de la autoridad pública” en Pigou, A. (ed. Aranzadi). *La Economía del Bienestar. Volumen I*. pp.335-343

Policonomics (2017): “Economía del bienestar” Disponible en <https://policonomics.com/es/lp-economia-bienestar1-economia-bienestar/>

[consulta: 06/03/19]

RDN (2011): “Suecia tiene el menor número de camas de hospital por habitante en Europa” Disponible en: <https://the-rdn.com/2011/05/suecia-tiene-el-menor-numero-de-camas-de-hospital-por-habitante-en-europa/> [consulta: 07/02/19]

Saned (2013): “Los sistemas de salud de los países escandinavos caminan hacia la asistencia integral y el refuerzo de la Atención Primaria” Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/sistemas-salud-paises-escandinavos-caminan-asistencia-integral-y-refuerzo-atencion-primaria-20131017143103101458/>

[consulta: 06/02/19]

Silió, E. (2016): “¿Qué comunidades sacan mejor nota en PISA?” Disponible en: https://elpais.com/politica/2016/12/02/actualidad/1480709130_114964.html

[consulta: 22/06/19]

UAH (2018): “Tema 7. El Estado de Bienestar: Modelos, regímenes y objetivos” Disponible en

http://www3.uah.es/vicente_marban/ASIGNATURAS/SOCIOLOGIA%20ECONOMICA/TEMA%207/Tema%207.pdf [consulta: 13/03/19]

Universia (2018): <http://www.universia.es/estudiar-extranjero/espana/sistema-educativo/estructura-sistema-educativo/2892> [consulta: 19/11/18]

<https://medium.com/@leoncesarp/el-sistema-educativo-sueco-6a8b1b907bfa>
[consulta: 20/11/18]

Varian, H. R. (1992): "El Bienestar" en Varian, H. R. (ed. Antoni Bosch), *Análisis Microeconómico*, pp. 475-485.

Vennova (2018): "Leyes y sistema sanitario en Noruega" Disponible en: <https://www.currantessinfronteras.com/paises/trabajo-en-noruega/leyes-y-sistema-sanitario-en-noruega/> [consulta: 06/02/19]

Bases de datos:

Banco Mundial (2019). Disponible en <https://datos.bancomundial.org/> [consulta: 01/07/19]

Eurostat (2019). Disponible en <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [consulta: 01/07/19]

OCDE (2019). Disponible en <https://stats.oecd.org/#> [consulta: 01/07/19]

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2019): "Informes sobre Desarrollo Humano". Disponible en <http://hdr.undp.org/en/data> [consulta: 01/07/19]