

La sostenibilidad del Estado del Bienestar. La Unión Europea y el caso español.

Dra. Pepa Burriel Rodríguez-Diosdado
Facultad de Derecho, Universidad de Barcelona, España
pepaburriel@ub.edu

Abstract:

El impacto de la crisis económica ha afectado a diversas estructuras productivas e institucionales en los distintos países, entre ellos los europeos, que han acusado, de manera diversa, la incidencia de la coyuntura económica en el mercado de trabajo y sus instituciones. El sistema de Seguridad Social de cada uno de los países europeos, esto es en un sentido más amplio los distintos sistemas de protección social existentes. Están en el punto de mira, debido a la crisis estructural del sistema, que no es sólo una crisis financiera, y que ha implicado el incremento significativo de las tasas de desempleo en Europa.

Uno de los principales problemas destacados por esta crisis económica mundial y, que merece una atención diferenciada es el estudio de la viabilidad de las pensiones de jubilación en un continente caracterizado por el envejecimiento de la población, dada la disminución significativa de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza media de vida, cuestiones en las que las instituciones europeas y nacionales insisten con cada vez más frecuencia. Y es que las previsiones para el año 2050 de la UE, son pesimistas.

Inmersos todavía en una crisis mundial, los Estados –entre ellos España de forma acusada- se encuentran con una disminución de los ingresos de la seguridad social provenientes de contribuciones e impuestos frente al aumento de número de posibles beneficiarios¹. La respuesta a dicha situación abarca las dos opciones siguientes: la expansión -fondos adicionales o la financiación del déficit- o la disminución del gasto en seguridad social.

La reforma del sistema de seguridad social español (Ley 27/2011 de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social) se inclina, sin muchas concreciones hacia un sistema mixto, como se refleja tanto en el espíritu de la norma como en disposiciones concretas, así al establecer medidas incrementando la edad de jubilación, desincentivando la jubilación anticipada o un nuevo periodo de cómputo para el cálculo de la pensión está proyectando una disminución del gasto público en pensiones, pero asimismo busca la creación de fondos extras a través de la disposición adicional 11ª al enunciar “la conveniencia de establecer posibles escenarios de financiación complementaria”.

Por su parte en el artículo 8 de la Ley 27/2011, bajo el título “Factor de sostenibilidad del sistema de seguridad social”, se introduce una nueva disposición adicional, la quincuagésima novena, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad social,

¹ El problema radica como ya se ha comentado en anteriores ocasiones en la temprana expulsión del mercado de trabajo, más si tenemos en cuenta el controvertido, hasta ahora, sistema de las prejubilaciones que genera un claro doble efecto negativo, a saber perjuicio para las cuentas públicas y perjuicio para el trabajador, que cotizará menos durante los años que permanezca en el paro y vea mermada su pensión.

aprobado por Real decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, con la siguiente redacción:

Disposición adicional quincuagésima novena. Factor de sostenibilidad del sistema de Seguridad Social.

Con el objetivo de mantener la proporcionalidad entre las contribuciones al sistema y las prestaciones esperadas del mismo y garantizar su sostenibilidad, a partir de 2027 los parámetros fundamentales del sistema se revisarán por las diferencias entre la evolución de la esperanza de vida a los 67 años de la población en el año en que se efectúe la revisión y la esperanza de vida a los 67 años en 2027. Dichas revisiones se efectuarán cada 5 años, utilizando a este fin las previsiones realizadas por los organismos oficiales competentes”. Disposición adicional undécima. Alternativas de financiación complementarias.

Los Ministerios de Trabajo e Inmigración y de Economía y Hacienda y los agentes económicos y sociales, examinarán, en el marco de las recomendaciones del Pacto de Toledo, la conveniencia de establecer posibles escenarios de financiación complementaria de nuestro sistema de Seguridad Social en el medio y largo plazo”. La relación entre ambos es obvia, se trata de determinar cómo va a afrontar nuestra futura seguridad social –o si prefieren nuestra seguridad social en el futuro- el problema de su propia viabilidad.

La Seguridad social acabó el año 2010 con 218.857 trabajadores menos, un 1,23%, hasta una media de 17.584.982 inscritos; pero ha registrado el primer avance en afiliación –fuera de estación- en los cuatro primeros meses del año 2011.

El número medio de afiliados al Sistema de la Seguridad Social durante el mes de enero de 2012 ha alcanzado la cifra de 16.946.237 para el total Sistema y 13.559.638 para el Régimen General (incluye los afiliados procedentes de los regímenes especiales de Agrario y hogar).

La tasa interanual desciende a un -2,39% para el total sistema y a un -2,82% para el Régimen General. El número medio de afiliados en relación con el mes de diciembre de 2011 disminuye en -283.684 para el Total Sistema y -243.528 para el Régimen General. La pensión media de jubilación se sitúa en 940,76 euros, en 2012, lo que representa un incremento interanual del 3,4%. En marzo de 2012 la nómina mensual de pensiones contributivas de la Seguridad Social superó el pasado 1 de marzo los 7.333 millones de euros (7.333.012), un 4,4% más que en el mismo mes de 2011, según la estadística hecha pública en este mes de marzo 2012 por la Seguridad Social.

Desde el inicio de la crisis económica, a finales de 2008, el gasto total en pensiones ha crecido cerca de un 20% (19,4%) y el Sistema ha incorporado a medio millón de beneficiarios,

La pensión media de jubilación del Sistema alcanzó en marzo la cuantía de 940,76 euros, un 3,4% de incremento respecto al mismo periodo del pasado año. En marzo, el número de pensiones contributivas de la Seguridad Social alcanzó la cifra de 8.879.395, lo que representa un avance interanual del 1,3%.

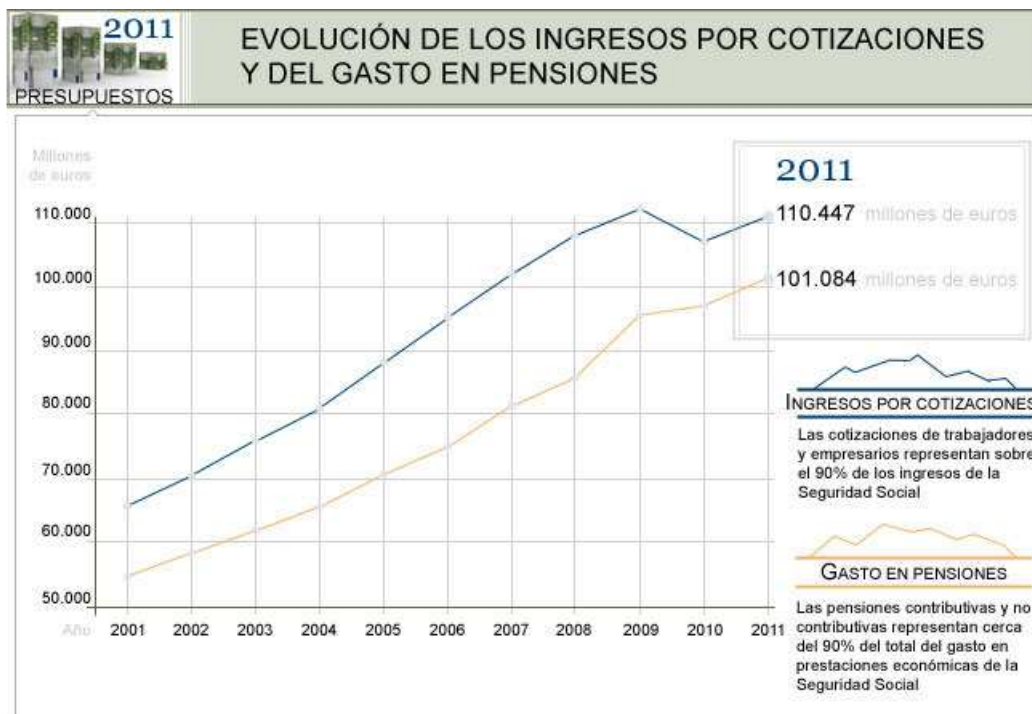
Más de la mitad de estas prestaciones son por jubilación, 5.300.989; mientras 2.318.060 son por viudedad; 942.980 por incapacidad permanente; 279.248 por orfandad y 38.118 a favor de familiares.

En países con amplia cobertura en Seguridad social, el impacto positivo previsto –reducir gasto o aumentar ingreso- en lo que respecta al nivel de ingresos de las personas y al cambio en la demanda agregada global es significativo. En la mayor parte de los casos, los regímenes de seguridad social pueden desempeñar su función de estabilizadores automáticos, al actuar como medidas anti-cíclicas. Asimismo, recientes

investigaciones sugieren que un incremento del gasto social durante o después de la crisis no afecta negativamente al crecimiento económico.

Afirmamos que la cuestión de incrementar o no el gasto de la seguridad social en tiempos de crisis está estrechamente vinculada al conflicto inherente entre la sostenibilidad financiera a largo plazo y la función contra-cíclica del gasto en seguridad social y, en general del gasto público. Todo ello nos lleva a formularnos al menos la siguiente pregunta: ¿debe supeditarse, en tiempos de crisis, la adecuación de las prestaciones a las intervenciones políticas discrecionales? Dado nuestro actual panorama político, tomando como referencia el momento de publicación de esta norma ¿será la ley de reforma de la seguridad social una intervención discrecional, o se consolidará en la próxima legislatura a cargo del gobierno que corresponda?

Cuadro 4. Evolución de los ingresos por cotizaciones y del gasto en pensiones. Presupuestos 2011².



El riesgo de la inviabilidad del sistema de pensiones, aunque sea a largo plazo, amenaza la sostenibilidad del Estado español, y de ahí la necesidad, mejor pronto que tarde, de efectuar serias reformas y de buscar medidas alternativas de financiación dada la incógnita ya planteada en torno tanto al número de cotizantes como al número de receptores de pensiones que existirán en el futuro.

Este riesgo de inviabilidad supone un cebo perfecto para que España y su deuda sufran el acoso de los inversores ¿por qué? Porque si se sabe que las pensiones costarán en un futuro al Estado más de lo que ingresa en cotizaciones –obligado a agotar el fondo

² Revista Seguridad Social Activa, Ministerio de Trabajo e Inmigración, “Este gráfico compara la evolución en la última década de la principal fuente de ingresos y la principal partida de gasto dentro del presupuesto de la Seguridad Social. Los ingresos por cotizaciones experimentan un aumento del 2,86% respecto a 2010, hasta los 110.447 millones de euros. El gasto en pensiones contributivas y no contributivas sube hasta 101.084 millones, un 3,87% más que en 2010”

de reserva, o desviar fondos de otras partidas- nadie se aventurará a comprar su deuda. Y, esto, conlleva que la falta de atracción de los bonos españoles implicaría dejar a un lado la financiación tradicional del país; llevado al extremo podría, incluso, desembocar en la quiebra.

I. Europa a pesar de las reformas

El gasto público de Italia en concepto de pensiones a sus ciudadanos, equivale al 14,7% del Producto Interior Bruto nacional, según los datos correspondientes al ejercicio de 2010, publicados por el Fondo Monetario Internacional (FMI). El segundo puesto de este ranking lo ocupa Austria, que gasta en pensiones el equivalente al 13,9% de su PIB. Con Alemania y Finlandia empatadas en sexto lugar (10,6%), España ocupa el décimo puesto, con un gasto público dedicado a las pensiones que supondría el 9,2%.

Cuadro 5. El gasto público en pensiones en Europa³

País	Gasto público en pensiones sobre PIB(%)
Italia	14,7
Austria	13,9
Francia	13,3
Portugal	12,7
Grecia	12,1
Alemania	10,6
Finlandia	10,6
Eslovenia	10,1
Bélgica	10,0
Suecia	9,6
España	9,2

Fuente: FM

Cuadro 6. Progresión de los Gastos: Evolución del sistema de Seguridad social (%PIB)

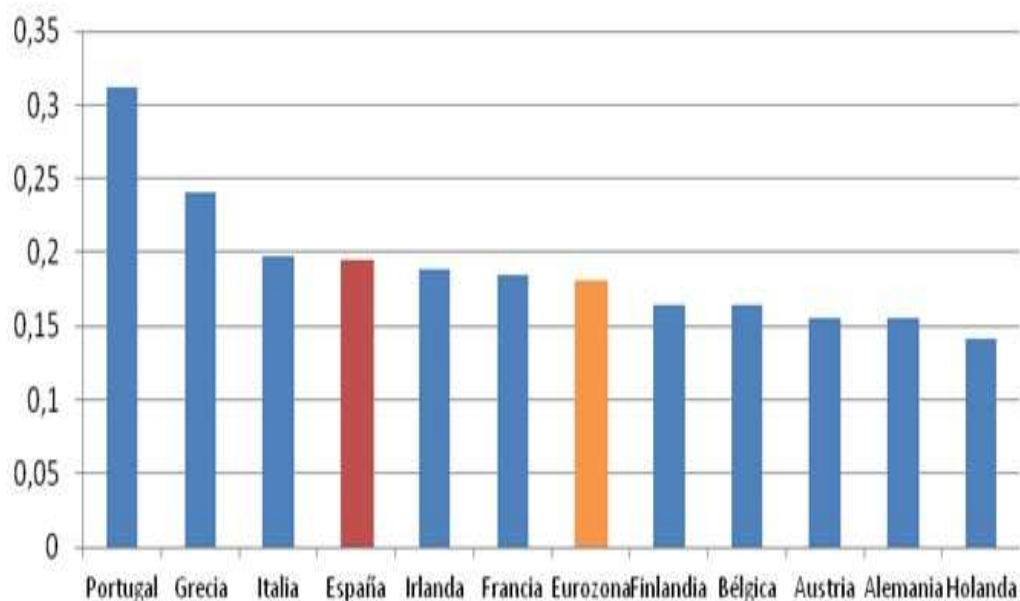
2005	2010	2015	2020	2025	2050
8,9 %	9,6 %	9,9 %	10,1 %	10,7 %	15,6

³ El Boletín (24 de Enero de 2012).

						%
--	--	--	--	--	--	---

Por su parte, destacamos también el esfuerzo fiscal reflejado en el siguiente cuadro.

Cuadro 7. Esfuerzo Fiscal para el sostenimiento del gasto público en a Eurozona, enero 2012⁴



Aunque después analizaremos dos de las medidas ya adoptadas por países miembros hemos considerado necesario destacar aquí a dos de los países que más se citan como ejemplo en materia de sostenibilidad del Estado de bienestar a través de su sistema de pensiones: Suecia y Dinamarca.

A) Suecia

El sistema de pensiones de vejez en Suecia está principalmente compuesto por una estructura de reparto de contribuciones definidas nocionales (CDN). Una característica particular de este sistema es el “mecanismo de equilibrio automático”. En el marco del sistema CDN se han establecido métodos de cálculo especiales que permiten estimar los activos y pasivos a largo plazo. Si los pasivos estimados superan a los activos, se supone que la indexación anual, tanto de los derechos de pensión adquiridos como de las pensiones vigentes se reducirá (automáticamente) por el periodo que sea necesario para restablecer el equilibrio financiero. Por su diseño este mecanismo debe aportar

⁴ Fuente: FEDEA.

estabilidad financiera al sistema. Sin embargo, para lograr esto, reduce las pensiones actuales y futuras en la cantidad que sea necesario para restablecer el equilibrio financiero⁵.

Hasta 2007 la solvencia del sistema sueco de pensiones era superior a 1, es decir que los activos eran superiores a los pasivos y no fue necesario activar el mecanismo de equilibrio automático. Sin embargo, esta situación ha cambiado con la crisis económica. En 2008, la solvencia era inferior a 1, es decir que los pasivos superaban a los activos. Se deduce de los principios del mecanismo de equilibrio automático que se deberían disminuir los niveles de las pensiones en 2010 y que la tasa de crecimiento de las prestaciones de jubilación aumentaría más lentamente durante varios años. Sin embargo, la perspectiva de estos cambios, abrió el debate sobre si esto debería llevarse a cabo durante la crisis actual. El debate concluyó a favor de una intervención discrecional para suspender la norma existente, lo que limitará la disminución prevista del nivel de pensiones para 2010 y prolonga la disminución durante más tiempo con el fin de reducir el impacto inmediato en el nivel de vida de los pensiones y en la demanda agregada⁶.

El caso sueco refleja con claridad un dilema importante. Por un lado, existe la voluntad de introducir mecanismos presupuestarios automáticos, que deberían ayudar a garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los gastos específicos de los programas o de las finanzas públicas globales y hacerlos inmunes a las decisiones políticas discrecionales. También se pone de manifiesto en muchas reformas de las finanzas públicas que requieren presupuestos estables en el ámbito local o nacional.

Sin embargo, por otro lado, en momentos de desaceleración económica, estos mecanismos y normas automáticos con efectos a largo plazo pueden actuar como “desestabilizadores automáticos”⁷, en lugar de estabilizadores. Esto puede suceder a menos que los políticos como en el caso de Suecia o Alemania, modifiquen de manera discrecional las normas con el objetivo de lograr los resultados políticos deseados más adecuados a las circunstancias actuales. Un informe publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁸, al parecer, se apoya este tipo de intervenciones discrecionales y llega a la conclusión de que el diseño de los mecanismos de equilibrio automáticos “deben reconsiderarse” y que “no parece sensato reducir las prestaciones de forma pro-cíclica, extrayendo dinero de la economía cuando está debilitada”. No obstante, ¿debe supeditarse en tiempo de crisis, la adecuación de las prestaciones a las intervenciones políticas discrecionales?

B) Dinamarca

En este sentido, Dinamarca ha sido uno de los países más afectados por la crisis económica. En el tercer trimestre de 2008, Dinamarca pasó a ser oficialmente el primer país europeo que entró en recesión tras el colapso del mercado de hipotecas basura (“subprime”) de los Estados Unidos. El desempleo se duplicó –pasando de un 1.8 % en

⁵ Los mecanismos de ajuste automáticos que vinculan los derechos de pensión a la salud de las finanzas de los sistemas de pensiones también adoptan diferentes formas en los Países bajos (pensiones profesionales), el Canadá y Alemania. En este último, el factor “sostenibilidad” del sistema de pensiones debería haber generado un incremento de las pensiones en un 1,1 y un 2,41 por ciento respectivamente (OCDE, 2009a, p. 7). Además, se introdujo una “pensión garantizada” para asegurar el nivel de las pensiones incluso en caso de disminución del nivel de los salarios (a las que están vinculadas).

⁶ Véase Scherman, 2009.

⁷ Stiglitz, 2009.

⁸ OCDE, 2009a, p. 8.

2008 a un 3.9% en 2009⁹ - y, consecuentemente el déficit se incrementó a un 3% del PIB (9.7 billones de coronas danesas), frente a diez años de superávit fiscales.

El impacto financiero adverso en los fondos de pensiones de 2008 provocó respuestas innovadoras del Gobierno en 2009, como la liberación de un bono de 30 años indexado con arreglo a la inflación y centrado en ayudar a los fondos de pensiones y a las compañías de seguros nacionales. Así mismo, la crisis financiera puso a prueba la capacidad del Gobierno de compensar la sostenibilidad a largo plazo y el papel anticíclico del gasto en seguridad social; por lo que respecta a las pensiones, se vincularon los derechos a pensión con el estado de las finanzas del sistema de pensiones a través de la indexación de la edad de elegibilidad en función del aumento de esperanza de vida, accionándose al mismo tiempo un estabilizador automático para las pensiones.

Éstas y otras medidas fueron alabadas por la OCDE en 2009, poniéndose de manifiesto como Dinamarca atravesó una de las depresiones económicas más largas en relación con la de cualquier país europeo, pero, sin embargo, unas políticas fiscales expansivas fueron parte de una estrategia de salida de la crisis que revitalizó la economía, a través del estímulo de la demanda agregada y del apoyo a la protección.

De esta manera, las instituciones de seguridad social respondieron individualmente a la crisis de manera dinámica e innovadora, constituyendo un modelo básico de estudio, que puede ayudar no sólo a mejorar nuestro sistema sino también el del resto de Europa.

II. El gasto sanitario y el copago. El céntimo sanitario.

En cifras macroeconómicas el gasto que los diversos países destinan al componente sanitario es variable. La media de los países desarrollados en Europa está alrededor del 9 % del PIB, llegando a cifras mucho más altas en EEUU (14%).

En España el porcentaje es de los más bajos de Europa (8,4%), por debajo de la media europea, solamente por delante de Finlandia, Hungría, Polonia y la República Checa y muy por debajo de lo destinado en Suiza (11,3%), Alemania (10,6%), Bélgica (10,4%), Francia (11,1%), Austria (10,1%), Dinamarca (9,5%), Países Bajos (9,3%), Islandia (9,2%), Suecia (9,2%), Grecia (9,1%) e Italia (8,7%).

El gasto previsto va en aumento y las proyecciones del mismo para la Unión Europea rondan el 12% en el año 2020.

En España, pese al escaso porcentaje dedicado a sanidad, a partir de la crisis de los años 70, con el imparable crecimiento del gasto sanitario muy por encima del crecimiento económico general, se ha desarrollado un interés universal por la contención del gasto (necesidad financiera) sin disminuir las prestaciones (necesidad política y social), una vez que los gastos más importantes (universalización de cobertura y establecimiento de estructuras sanitarias) se han cubierto ya en las fases previas. No obstante, debido a los estrictos criterios de Maastrich, en los Estados miembros de la UE se han realizado recortes del gasto público, que han afectado también al gasto sanitario.

En los últimos años, debido a una escasez de recursos, a unos costes crecientes y a la introducción de nuevas tecnologías, se ha intentado en varios países ordenar y priorizar los servicios sanitarios, dado que los recursos disponibles son limitados y que invertir

⁹ Según Statistics Denmark, 2009.

más recursos en un sector implica invertir menos en otro (coste de oportunidad), para asegurar la provisión de los servicios más importantes.

Desde Julio de 1991, cuando se publicó el *Informe Abril*¹⁰, que incluía el copago como medida de cofinanciación y de efecto disuasorio para los usuarios entre las recomendaciones que se exponían para “un futuro sostenible de nuestro sistema sanitario”, la necesidad del mismo se ha venido proclamando repetidamente, en forma de “globo sonda”, en nuestra sociedad.

El copago, existente ya en España desde hace años, se encontraba reducido a las aportaciones por prestación farmacéutica de los no pensionistas (con carácter general previsto en Cataluña) y al céntimo sanitario de algunas CCAA, impuesto a la venta de hidrocarburos para costear los servicios de salud, que no era otra cosa que la participación directa del ciudadano en el coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos, con el objetivo de contener su uso y conseguir financiación adicional.

En la actualidad, el Gobierno ha implantado el copago sanitario de una manera más amplia, con la intención de ahorrar 7.400 millones de euros. El sistema ha entrado en vigor a partir el 1 de julio, fecha a partir de la cual, habrá quienes tengan que pagar por los medicamentos en función de su situación laboral. Por ejemplo, los hay que tendrán que abonar el 30% del precio del fármaco, como es el caso de los funcionarios, militares y del personal de Justicia. En síntesis, la reforma sanitaria se puede resumir así:

1º) Por primera vez en nuestro país, los pensionistas pagarán las medicinas, siempre y cuando, superen la renta mínima:

-Menos de 18.000 pagan 8 euros por mes.

-Más de 18.000 pagan 18 euros por mes.

-Con rentas de 100.000 euros pagan 60 euros por mes (como máximo).

2º) La renta definirá la cantidad que los trabajadores tendrán que abonar:

-Rentas por debajo de 18.000 euros pagarán el 40% del precio medicamento.

-Rentas por encima de 18.000, el 50%.

-Rentas superiores a 100.000, el 60%.

3º) Quienes quedarán exentos del copago sanitario serán los parados de larga duración (sin prestación), personas que no reciban una renta no contributiva o tengan alguna discapacidad y aquellos que estén en tratamiento médico tras haber sufrido un accidente laboral.

Al estudiar los sistemas sanitarios de un país estamos analizando los valores de la sociedad con respecto a la salud: sus modelos de financiación y de asignación de recursos, la cartera de servicios y el grado de protección deseado, su legislación, su

¹⁰ El informe Abril fue un análisis en el que se juzgaba y evaluaba el sistema sanitario público español, con una serie de recomendaciones para su planificación posterior. Redactado en 1991 por una comisión presidida por Fernando Abril Martorell, apellido del que tomó su denominación. El informe estuvo terminado y presentado al ministro el 25 de julio de 1991 y fue presentado en el Congreso de los Diputados por Abril Martorell el 25 de septiembre, siendo presidente del Gobierno Felipe González Márquez. En él se consideraba que existía “un cierto agotamiento del sistema sanitario”. Este informe fue muy criticado en su momento y quedó relegado aparentemente en el olvido. En marzo de ese mismo año se había producido el relevo en el ministro de Sanidad de Julián García Vargas, impulsor del informe, que fue sustituido por Julián García Valverde. Sin embargo muchas de las recomendaciones del mismo se han ido adoptando en la primera década del siglo XXI por el Estado y las comunidades autónomas.

organización administrativa y su modelo de gestión para garantizar una prestación eficaz, efectiva, eficiente y de calidad.

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el político o el fiscal, y deben cumplir, para considerarse “sistema”, las cualidades de ser: universal, con atención integral, con equidad en la distribución de los recursos, eficiente, con flexibilidad y con participación de los ciudadanos en su planificación y gestión.

El concepto de equidad en términos sanitarios se refiere a la igualdad, tanto en la posibilidad de acceso como en el trato, sin distinción de sexo, religión o raza; e igualdad de cartera de servicios para todos los ciudadanos. Otro concepto importante es la necesidad de calidad asistencial, tanto en eficacia como en eficiencia. Eficacia, para lograr el efecto deseado, el correcto diagnóstico y tratamiento logrando la curación, o la mejoría, mediante la rehabilitación. Eficiencia, relacionada con el coste para lograrla.

A nivel jurídico en España tanto el copago sanitario como el tique moderador tienen su respaldo, ya que en la Ley General de Sanidad (artículos 46 y 79) se indica que una de las fuentes de financiación del sistema nacional de salud, además de las aportaciones de los presupuestos de las Administraciones Públicas y las cotizaciones a la Seguridad Social, son las tasas por la prestación de determinados servicios.

Por su parte, el céntimo sanitario es un impuesto sobre los carburantes aplicado por algunas Comunidades Autónomas desde 2002, las pioneras fueron Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha, Galicia, Comunidad Valenciana y Asturias.

La cuantía del impuesto la impone libremente cada comunidad y oscilaba en los primeros momentos de su implantación entre 1 y 2,4 céntimos por cada litro de carburante, pero en la actualidad, ante la inminente necesidad recaudatoria de las comunidades autónomas, el porcentaje es notablemente más alto, por ejemplo, 4,8 céntimos por litro repostado en Castilla y León, la última comunidad que se ha sumado al céntimo sanitario.

El céntimo sanitario nace para intentar dar solución al gasto excesivo del modelo español de sanidad pública.

Esta medida, aun siendo claramente impopular ha contribuido a aumentar los ingresos de aquellas comunidades que lo han aplicado y a la larga puede solucionar parte de los problemas económicos de la sanidad pública.

Podría parecer que el céntimo sanitario es la solución perfecta para recaudar impuestos solamente de aquellos que producen un gasto, es decir la definición clara de lo que se conoce como Impuesto indirecto. Pero, ¿cómo afecta este impuesto en un momento de crisis como el actual? Sólo a modo de ejemplo, en Castilla y León antes de cumplir 1 año desde la instauración del mismo, el consumo de gasóleo profesional había caído más de la mitad; esto nos lleva a atisbar uno de los problemas fundamentales de este impuesto: su afectación directa no ya sobre los ciudadanos sino sobre los trabajadores autónomos o las PYMEs, contribuyendo al endeudamiento de todos ellos.


En plena época de recesión económica y de recortes sociales, con un déficit creciendo y próximo a los 15.000 millones de euros, con una deuda del Sistema Nacional de Salud (SNS) de más de 8.000 millones de euros, y un paro que duplica la media europea con más de cuatro millones de parados, el fantasma del copago planea de nuevo sobre nuestras cabezas, y las manifestaciones a favor o en contra se suceden en los últimos meses.

A) Tendencias de los países de la Unión europea en materia sanitaria

Los países de la UE ofrecen una cobertura prácticamente universal aunque deriven de modelos diferentes, como los mutualistas o modelo Bismarck, basado principalmente en contribuciones a la seguridad social (Francia y Alemania), y los de sistema nacional de salud o modelo Beveridge, financiados principalmente por presupuestos del Estado, también en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad (como Reino Unido, Italia, España y Portugal). Actualmente la tendencia es hacia un modelo convergente de los dos sistemas.

Los sistemas de salud de estos países reflejan realidades muy dispares en lo que respecta a derechos de los pacientes y a medios de financiación, siendo variadas las fórmulas adoptadas para disminuir su deuda sanitaria y hacer más sostenible su sanidad pública: copago, céntimo sanitario, tique moderador... La frontera entre sanidad pública y privada cada vez está más diluida. Los sistemas han incluido el pago de medicamentos, pago de consultas, pruebas complementarias y días de hospitalización para moderar el gasto, gravar con impuestos la comida de los hospitales, pago por habitación individual, cobrar a pacientes que acudan a urgencias con problemas que pudieran ser valorados como no urgentes, canon por las ambulancias, pago por enfermería, pago por prestaciones no básicas, etc.; medidas la mayoría destinadas a evitar los abusos, más que a recaudar fondos.

Cuadro 8. El gasto sanitario en Europa

						
MEDICINAS	Pago compartido	Pago 10% (excepto menores)	Pago íntegro	Pago compartido	Gratuito	Medicamentos subvencionados
HOSPITALIZACIÓN	Gratuito	Pago mínimo 10 euros/día, con máximo 28 días	Pago 20% más 14 euros, con máximo 30 días	Gratuito	Gratuito, pero con pago de pruebas diagnósticas	Pago de 5'20 euros, excepto embarazadas, menores, jubilados, enfermos crónicos
URGENCIAS	Gratuito	Pago 25 euros/urgencia	Gratuito	Gratuito	25 euros si la urgencia no es justificada	Pago 8,40 euros
CONSULTA MÉDICA	Gratuito	Pago 10 euros/trimestre por visita	Pago 30% coste más 1 euro, con un máximo de 50 euros/año	Gratuito	Pago especialista entre 15 y 20 euros	Pago 2,20 euros

El 80% de los países europeos tienen instaurada una u otra forma de copago sanitario con distinto fin, pero hay que destacar que en la actualidad no existe una directiva europea que regule las fórmulas de copago, por tanto ¿cómo se aplica el copago sanitario en Europa? Veamos brevemente algunos de los países que lo están utilizando.

Los franceses comenzaron a pagar por ir al médico en 2004. Hoy en día, acudir a una consulta les cuesta de media 23 euros, aunque la Seguridad Social les reembolsa dos tercios de ese dinero.

Además, deben abonar un euro por cada prueba o visita al especialista y 50 céntimos por las medicinas. En los hospitales, cada día de ingreso cuesta 18 euros. Los fármacos pueden estar subvencionados total o parcialmente. Habría que tener en cuenta que los propios usuarios podrán elegir los especialistas, así como los centros médicos u hospitales.

Esta fórmula ha llevado a los franceses a contratar de forma casi generalizada seguros privados que sufraguen los gastos que no cubre la sanidad pública.

El mismo sistema se ha establecido en Bélgica con idénticas características al sistema francés.

También en Alemania funciona la fórmula del copago. Quienes ingresan más de 400 euros al mes deben destinar una parte de su sueldo a un seguro médico obligatorio.

Los pacientes realizan un pago único trimestral de 10 euros que les permite acudir al médico de cabecera y a especialistas; una vez pagada esa cantidad, el paciente podrá acudir a los centros médicos tantas veces como necesite, así como podrá realizarse todo tipo de pruebas o quedar ingresado en el hospital sin ningún coste añadido. En caso de hospitalización, abonan 10 euros por día, con un tope cercano a los 300 euros anuales. Eso sí, los servicios de pediatría, tanto consulta como hospitalización, no tienen ningún coste.

En Italia utilizan un sistema mixto que cuenta con una gran aceptación entre la población, y es que las consultas al médico de familia son totalmente gratuitas, mientras que las visitas a los médicos especialistas tienen un coste de 36 €.

Por otra parte, los pacientes de Noruega son los más afectados en este sentido y es que deberán hacerse cargo del coste de todos los servicios médicos y únicamente el Estado intervendrá en caso de que la suma total sea muy elevada, y financiaría esa parte restante al paciente.

Portugal también cuenta con su propio sistema sanitario de pago, en este caso, cualquier visita al hospital o centro médico tendrá un coste que oscilará entre los 2 y 4,5 €, mientras que las visitas a Urgencias supondrán al paciente un desembolso de 8,40 €. Finalmente, los pacientes portugueses que necesiten estar ingresados tendrán que abonar 5,20 € por cada día de ingreso.

Por último, Reino Unido tiene un sistema muy similar al español. Las visitas al médico, las pruebas y los ingresos hospitalarios no tienen coste extra. La diferencia reside en los medicamentos, los facultativos entregan a los pacientes la dosis de fármacos que necesitan. Si tienen que acudir a una farmacia abonan parte del importe de los medicamentos.

B) Aspectos positivos y negativos del copago sanitario

La principal ventaja que nos ofrece el copago sanitario estaría en limpiar las deudas del sector sanitario de España, debido a diversas causas que no son objeto de la presente investigación.

De esta forma, algunos autores plantean, se podría ahorrar en servicios médicos no imprescindibles y destinar este dinero en otras funciones más importantes del sector, como la construcción de nuevos hospitales o renovar el equipamiento médico de los centros de salud y hospitales. Sin embargo la primera objeción que desde mi punto de vista existe a este argumento es el hecho de quién adoptará la decisión sobre qué es imprescindible y que es más o menos importante, puesto que a nivel de derechos de los ciudadanos cualquier servicio sanitario ocuparía el mismo grado.

Por otra parte, y tal como han indicado diferentes especialistas, el copago sanitario no se crea con ánimo de ingresar más dinero en las arcas del Estado, sino afirman es una forma de luchar contra el mal uso del sistema sanitario público en España y disminuir el colapso actual; de tal manera, que consideran que el uso del copago en nuestro país provocaría que los pacientes sólo acudieran al médico en casos realmente necesarios, disminuyéndose también el abuso de consumo de medicamentos, no sólo por el efecto dañoso sobre el paciente sino por el coste extra que supone al Estado.

En otro orden de cosas, cualquier decisión en forma de impuesto tiene también su cara negativa, y en el caso del copago sanitario no se cumple la excepción. Si miramos por el interés del paciente, es evidente que el inconveniente estará en tener que pagar una cantidad de dinero por unos servicios que hasta la fecha ya son pagados por los ciudadanos (renta sobre el trabajo y otros impuestos), produciéndose un doble pago. Aunque se ha puesto de manifiesto por parte de la doctrina que en muchos casos este impuesto reduciría el uso de los servicios médicos en situaciones poco necesarias, también es verdad que provocaría que numerosos pacientes dejaran de ir al médico por enfermedades que pueden llegar a ser graves, con el resultado que a la postre, la intervención médica para esos pacientes saldría mucho más cara al requerir de un tratamiento más elevado de tiempo y, por consiguiente, de precio; e igual situación se da con el uso de los medicamentos, es decir, la prevención se eliminaría problemas más graves en el futuro. En definitiva, empeoramiento de las patologías crónicas cuyo control periódico se distancia y deterioro de la salud de los sectores de población con menos recursos.

La prestación gratuita de los servicios y el copago de parte de ellos por los usuarios coexisten como hemos visto en los sistemas de salud de la mayoría de los países de la Unión Europea, pero las principales críticas a su implantación son: su incidencia sobre la equidad, al limitar la igualdad de acceso, y que su utilidad se puede aceptar como fórmula parcial de financiación, pero no como mecanismo que mejore la eficiencia en la asignación de los recursos. La experiencia de países con la implantación del copago ha revelado que efectivamente disminuye el consumo, si bien a costa de importantes pérdidas en el reparto equitativo.

Algunos plantean que las posibles pérdidas de equidad son compensadas por una mayor eficiencia al eliminar excesos de consumo superfluos, pero es difícil determinar si el copago únicamente eliminaría la demanda excedente o por el contrario afectaría la demanda básica de servicios de salud, repercutiendo negativamente en la salud de los consumidores de menores rentas.

El funcionamiento del Copago sanitario en caso de instaurarlo de manera generalizada en España, funcionaría cómo en algunos de los países de nuestro entorno mencionados, de tal manera que, relacionado con nuestro tema principal de investigación procede ahora examinar su adecuación o no según los datos obtenidos, cómo medida de

sostenibilidad financiera que ayude a garantizar el sistema de seguridad social, más allá el sistema de pensiones.

El problema fundamental que hayamos es el hecho que la competencia en asistencia sanitaria y, por tanto, en adopción de medidas sanitarias en nuestro territorio, se encuentra en competencia de las Comunidades Autónomas que la hayan asumido.

III. El IVA social. El caso de Francia

IVA social es un término utilizado para referirse a la utilización de una parte definida de la recaudación del IVA para financiar parte o todo la protección social¹¹. Para llegar al objetivo de mejorar la competitividad económica de un país el IVA social normalmente sustituye a parte o la totalidad de las cotizaciones a la seguridad social de tal manera que los costes laborales se reducen sin que el salario del empleado lo sea. Algunos economistas lo equiparan a una devaluación en tanto a sus efectos sobre la competitividad.

El objetivo real de la medida es disminuir de manera inmediata los costes laborales con la esperanza de que esa disminución repercuta en un aumento de las ventas de los productos en el mercado nacional y en los mercados europeos o, cuando menos, en un incremento de los márgenes de rentabilidad empresarial. El objetivo teórico es crear empleo, de ahí esa denominación de “IVA social”, que puede conducir a error.

En diciembre de 2011 un informe del Consejo Asesor para la Reactivación Económica y el Crecimiento (CAREC) para el Govern de Catalunya propuso un incremento temporal del IVA al mismo tiempo que una bajada de las cotizaciones de las empresas a la seguridad social¹².

En las últimas semanas el Gobierno del territorio español ha afirmado que no es una de las medidas que el ejecutivo tiene en mente, sin embargo no podemos olvidar que desde diversas instituciones internacionales se ha propuesto a España en varias ocasiones, como una forma de extender el esquema alemán de reformas de 2007. Pero antes de examinar cual es el panorama para la aplicación del IVA social en España y sus consecuencias centrémonos en experiencias actuales.

En algunos de los países de nuestro entorno ya está siendo utilizado o, como en el caso de Francia qué veremos más detenidamente, se planteó su uso. Expondremos los casos conocidos y realizaremos un análisis del caso más reciente, el de Francia.

A principios de la década de 1980 la Oficina Federal (en Bélgica) llevó a cabo una serie de simulaciones para la sustitución de las cotizaciones sociales con importantes impuestos indirectos (plan del Mirabel). El objetivo era plantear escenarios capaces de contener el aumento de la masa paro emergente en ese momento. Los resultados fueron bastante alentadores.

¹¹ «Noticia en El CAREC» (en catalán). Consultado el 3 de febrero de 2012.

¹² «Noticia en el Diario digital de Cataluña». Consultado el 3 de febrero de 2012.

El argumento principal se basa en la percepción de que las cotizaciones sociales se refería únicamente a las personas incluidas en las empresas (trabajadores y empresarios) mientras que el IVA era neutral ya que se refería a todo el valor añadido. Numerosos estudios hechos desde entonces han demostrado que la reducción de las cotizaciones sociales financiadas por los impuestos indirectos eran IVA social favorable al empleo. Por consiguiente, sería una forma de generalización de este principio y de modificar sustancialmente la manera en que se financia la seguridad social.

También se observó, en los argumentos sobre la lucha contra los efectos negativos de la globalización, que el IVA se aplica a las mercancías importadas y no a los que se exportan y por lo tanto aumentó la competitividad de la economía. Pero sólo hasta cierto punto: no debe pensarse que se podría cerrar la brecha de competitividad entre Europa y Asia meridional y oriental. Sin embargo, dentro de la zona euro, cuando un país miembro se incrementa el IVA que mejora su competitividad dentro de la zona, que es la razón por la Unión Europea ha establecido límites a las políticas de la clase.

Por último, el IVA incide en los resultados de la red de trabajo negro o no declarado, mientras que las cotizaciones sociales no lo hacen.

En Dinamarca una importante reforma fiscal en el año 1987 transfirió parte de la financiación del sistema de protección social danés desde cotizaciones hasta el impuesto sobre el consumo (IVA). El gobierno danés redujo en 4 puntos las cotizaciones de las empresas y en paralelo introdujo un impuesto parecido al IVA (el AMBI) sobre el consumo cuyo recaudación se destinaba exclusivamente a financiar la **seguridad social**¹³. Este impuesto fue fusionado con el IVA mediante una subida del tipo general de 21% a 25%. Dinamarca es a menudo citado como un ejemplo para la financiación de la seguridad social, afirmando que la solidaridad es financiada con un impuesto progresivo sobre la renta y con impuestos indirectos; en este sentido es importante advertir que los efectos anti-redistributivos del IVA son, de alguna manera, compensados por el carácter progresivo del impuesto sobre la renta (impuesto sobre la renta en el modelo Vivant)¹⁴.

Por su parte, en Alemania en 2007 el gobierno presidido por Angela Merkel decidió subir el IVA de 16% a 19% y al mismo tiempo reducir las cotizaciones en 1.8%¹⁵. La canciller Merkel y el su ministro de Finanzas Peer Steinbrück han decidido recientemente reducir los impuestos directos sobre las empresas y el trabajo y aumentar el IVA, argumentando que para adaptarse a la competencia fiscal que está teniendo lugar es mejor para aumentar los ingresos de las cosas menos móviles y actividades.

En 2009 el gobierno húngaro subió el IVA del 20% al 25% y redujo las cotizaciones de las empresas desde 32% al 27%¹⁶

Y, por último expongamos de manera más extensa el caso de Francia. En 1994 un IVA social fue introducida en los territorios de ultramar (Reunión, Martinica, y Guadalupe) mediante una alza de 2 puntos en el IVA desde 7,5% hasta 9,5% y una bajada simultánea de las cotizaciones de las empresas. Desde 2005 varias propuestas han sido discutidas en el parlamento.

¹³ Christian Albrekt Larsen & Jørgen Goul Andersen. «How New Economic Ideas Changed the Danish Welfare State» (en inglés). Consultado el 3 de febrero de 2012.

¹⁴ Impuesto sobre la renta en la parte de las rentas superiores a 1500€ por mes (renta básica incluida), pero con el modelo vivant se aplicaría un impuesto del 50%.

¹⁵ «Es bleibt Hoffnung» (en alemán). Consultado el 3 de febrero de 2012.

¹⁶ Ernst & Young» (en inglés). Consultado el 3 de febrero de 2012.

En enero de 2012 el presidente francés, Sarkozy, anunció que un IVA social iba a ser introducido en 2012, poniendo énfasis en que *"lo prioritario en este momento es el crecimiento, la competitividad y la reindustrialización, los únicos motores para el empleo y para incrementar el poder adquisitivo"*.

Las elevadas cifras de desempleo del año pasado, que se cerró con 2,8 millones de parados en la Francia continental y 4,5 millones si se cuentan los territorios de ultramar, el nivel más alto desde 1999.

La propuesta de Sarkozy pretendía trasladar al IVA una parte de las cargas sociales que en la actualidad recaen sobre el trabajo. A día de hoy, la Seguridad Social en Francia está financiada casi en su totalidad por cotizaciones pagadas únicamente por las empresas y los asalariados.

El IVA social consistiría, en particular, en un incremento de este impuesto indirecto para compensar el descenso de las cotizaciones sociales, que repercutiría tanto en los productos fabricados en Francia como en los extranjeros, lo cual afectaría también a las importaciones permitiendo que la Seguridad Social no sea financiada enteramente por las cotizaciones pagadas por empresas y trabajadores instalados en Francia. Sin embargo, tal medida no infringe la normativa europea, que exige que los productos nacionales estén sometidos al mismo IVA que aquellos que provienen del exterior e impide los aranceles a la importación o medidas de efecto equivalente.

A propósito de su introducción la ex ministra de Presupuesto, Valérie Pécresse y el Ministro de Trabajo, Xavier Bertrand, declaraban en enero 2012 que bajar las cargas sobre el trabajo es beneficioso para el interés general y que el IVA social redundará positivamente en el empleo por bajar el esfuerzo contribuidor de las empresas, enfocado hacia una mayor competitividad de las mismas.

Sin embargo, una de las críticas que desde la doctrina laboral francesa se repite es que no hay que olvidar que es el consumidor quien paga el IVA, y que una subida de este impuesto minaría su poder adquisitivo, con todas las desventajas que esto pudiera tener.

El IVA francés se encuentra en el 19,6 %, la medida propuesta que hubiera entrado en vigor el 1 de octubre, si el Presidente Sarkozy hubiera sido reelegido, incrementándose el tipo en 1,6%, hasta situarlo en un 21,2%, y al mismo tiempo reduciendo los costes laborales en unos 13.000 millones de euros mediante la rebaja de los gastos que soportan las empresas por las cotizaciones sociales que corran a su cargo. . Por cada 100 € de salario bruto que paga una empresa en Francia, 50 € se van a cotizaciones (frente a 39 €, por ejemplo en Alemania).

Las opiniones favorables a tal medida vienen de la mano de la patronal MEDEF, uno de los principales valedores de este mecanismo de transferencia de la financiación de los gastos de la Seguridad Social, plantea una subida del tipo del IVA del 19,6 % actual al 22 %. De forma paralela, las cotizaciones que pagan las empresas deberían bajar 3,5 puntos y las que van a cuenta de los trabajadores 1,5 puntos.

Los partidarios de la medida afirman que el aumento del tipo impositivo del IVA no afecta a las exportaciones, encarece los productos importados (al tener que soportar un tipo del IVA más alto), dificulta la deslocalización de actividades y empleos y favorece la contratación de nuevos trabajadores, tanto porque abarata los costes de la fuerza de trabajo como porque supone un aliento suplementario a la actividad económica.

El grueso de los descuentos en las cotizaciones sociales que soportan las empresas afectaría a los salarios que se sitúan entre 1,6 y 2,1 veces el salario mínimo (el SMIC

está establecido desde el 1 de enero de 2012 en 9,22 euros la hora o 1.398,7 euros mensuales) y en menor medida y de forma regresiva a los que se encuentran entre 2,1 y 2,4 veces ese salario mínimo.

Si los problemas de competitividad no dependen fundamentalmente de los costes laborales, como sostiene la izquierda francesa, poca eficacia podrá tener una relativamente pequeña reducción de los costes laborales, sean salarios o cotizaciones sociales. Lo que resulta indiscutible es que el impacto económico y social de la implantación del “IVA social” será tan desigual como injusto: mientras que la rentabilidad de las empresas y las rentas del capital mejorarán su situación, las rentas del trabajo empeorarán su capacidad de compra. La mayor desigualdad en la distribución de la renta en beneficio de la minoría que acapara las rentas del capital y la pérdida en el potencial de crecimiento no podrán ser compensadas más que marginalmente por el ligero impulso de la actividad económica y la muy pequeña generación neta de empleo que, en el mejor de los casos, puede alentar la medida. De igual forma, el retroceso de la demanda interna no podrá ser compensado con un pequeño aumento de la competitividad por la vía de una hipotética reducción de precios.

La principal crítica contra el IVA social es en términos de justicia social. Un aumento uniforme del IVA las tasas afecta a todos. Y puesto que los menos favorecidos gastan la mayor parte de sus ingresos en base artículos de consumo se ven penalizadas a capa y espada por el IVA. Sustitución de las cotizaciones sociales, con IVA, por tanto equivale a la transferencia de los recursos de los más pobres a los más ricos (por lo menos en el A corto plazo: el ahorro de los ricos hacen que no se ven afectados por el IVA, pero llega un momento en el que se gastan y se gravan a continuación).

Es cierto que el IVA es contrario a la redistribución social, siempre y cuando se aplica por igual a todos los elementos de consumo. Por otro lado, si los aumentos del IVA puede hacer que sólo se aplican a los elementos a los ricos compra, IVA social podría llegar a ser más redistributivo que las cotizaciones sociales (que son proporcional, e incluso, en algunos países, hasta un límite).

¿Es posible aplicar el IVA social en España? ¿Qué consecuencias podrían derivarse de tal imposición?

La subida del IVA es, entre las herramientas de que dispone el Gobierno actual, la de mayor potencial recaudatorio. En el debate sobre el “IVA social” que con muy escaso interés público se ha desarrollado en España aparece una insidiosa variante que, además de disimular la subida del impuesto y recalcar su conexión con la reducción del déficit público, incrementaría extraordinariamente sus efectos nocivos sobre la capacidad de compra de las rentas más bajas: *“Probablemente bastaría con simplificar todos los tipos actuales del impuesto en el 17% o 18%, eliminando los tipos reducidos y superreducidos, para cubrir progresiva y rápidamente el déficit y, al mismo tiempo, reducir la carga de las cotizaciones sociales”*¹⁷.

Frente a la subida de otros impuestos, el incremento de la recaudación tributaria mediante el IVA tiene importantes ventajas para sus defensores: es soportado por el conjunto de los consumidores (el consiguiente aumento del esfuerzo fiscal se distribuye y difumina entre el conjunto de la población), no afecta a los beneficios de las empresas

¹⁷ Editorial de El País, de 31 de diciembre de 2011.

y puede justificarse con el irrefutable argumento de que en España está situado muy por debajo de la media comunitaria (tipo general del 18% frente al 20,69% de media en la UE).

En contra de la subida del IVA hay argumentos mucho más sólidos: afecta negativamente a la capacidad de compra de la mayoría de la población, pone en graves apuros a las rentas más bajas (al encarecer bienes y servicios) y ocasiona una nueva presión sobre la muy debilitada demanda interna que repercutiría negativamente sobre la actividad económica y el empleo. Menos actividad y mengua del número de empleos ocasionarían una menor recaudación de las Administraciones Públicas y prolongarían la recesión en la que técnicamente estamos a punto de entrar de nuevo.

Asimismo, existen dos obstáculos, no precisamente menores. El primer impedimento está relacionado con las bajas cuotas a la Seguridad Social española que soportan trabajadores y empresas. En conjunto apenas suponían un 13,3% del PIB en 2010, mientras la media de los países de la eurozona se situaba en un 15,6%.

El segundo escollo es la difícil situación en la que el inexistente crecimiento económico, el retroceso de la masa salarial global y la pérdida de 2,7 millones de empleos desde que comenzó la crisis colocan a las cuentas de la Seguridad Social. Al fuerte crecimiento del paro producido en los últimos seis meses se suma la aún más intensa caída del número de cotizantes a la Seguridad Social y el aumento del gasto en prestaciones por desempleo y pensiones contributivas. No parece una situación muy propicia para rebajar las cuotas a la Seguridad Social; menos propicia y más irracional aún estando la economía española a las puertas de una recesión de incierto alcance a la que seguirá un largo periodo de anemia económica.

En resumen, para pasar de un sistema de financiación de la seguridad social basado en contribuciones a uno basado en el IVA se plantean cuestiones de justicia entre generaciones.

Para reemplazar parte de las contribuciones sociales con un IVA social es una forma de promover el empleo al incitar a los empleadores a tomar decisiones tecnológicas que implican la entrada más mano de obra. Tal cambio, sin embargo, tiene implicaciones para la justicia social, que se verían afectados negativamente si el IVA no estuviese lo suficientemente en sintonía con los tipos de elementos que se aplican. Las personas mayores también tienen derecho a estar preocupados por esta medida, un aumento concomitante de las pensiones podría compensar su pérdida de los ingresos reales. Por último, para usar una subida del IVA para reducir otros tipos de impuestos como el impuesto de sucesiones.

Concluimos esta disertación con las siguientes dos interrogantes:

¿Es el IVA lo suficientemente afinado como para conseguir una política de redistribución social? Y hasta qué punto puede la gente conseguir evitar la medida mediante la compra de sus productos de lujo en el otro país?¹⁸

¹⁸ Los efectos de una gran diferencia entre los impuestos indirectos belgas y los Luxemburgo son bien conocidos.

IV. Conclusiones al hilo de la Organización Internacional del Trabajo

En todas estas consideraciones- y quizás para terminar de alguna manera la reflexión iniciada con esta Memoria- no pueden perderse de vista tanto el Convenio nº 102 de la OIT¹⁹ como sus propios principios o requisitos básicos de los sistemas de pensiones.

Así, en primer lugar el citado Convenio exige que las pensiones de vejez se paguen en forma de renta vitalicia –pago periódico-, justamente para proteger la seguridad del ingreso de las personas de edad avanzada contra el impacto de fenómenos tales como las crisis financieras y económicas.

En segundo lugar, por lo que afecta a nuestro tema, destacamos los siguientes principios básicos de la OIT:

- 1º) Las prestaciones como derecho. Los derechos a prestaciones de jubilación deben especificarse como derechos previsibles.

Con este principio se plantea un problema ya repetido en las páginas que anteceden, ¿cómo vamos a prever los futuros pensionistas, cuando además de los problemas internos que se nos presentan, a nivel europeo y gracias a la coordinación de sistemas de Seguridad social, podemos tener más pensionistas por la movilidad de las pensiones de un Estado miembro a otro?

Podemos incluso preguntarnos, sí con el cambio de la situación económica el problema se resolvería. La opinión mayoritaria es negativa, puesto que el cambio económico y demográfico habría de ser de tal magnitud que difícilmente se producirá, de manera que la inactividad no resuelve el problema, sino que lo retrasa y todo ello, consideramos, reduce el margen de maniobra y hace más drástico el futuro ajuste.

- 2º) Equivalencia actuarial colectiva de las cotizaciones y del nivel de las pensiones: el nivel de las prestaciones concedidas a todos los contribuyentes deben reflejar el nivel de las cotizaciones pagadas.

En este sentido cabe destacar que algún autor ha puesto de manifiesto –argumento del todo interesante- su negativa a pensar que dentro del Estado social y democrático de derecho se financien exclusivamente las prestaciones con las cotizaciones sociales, exigiendo que todos los recursos del Estado deben utilizarse para hacer frente a la totalidad de los gastos de ese Estado, también lo relativo a las pensiones; y, ello, en base a que la Seguridad social es parte integrante del Estado y su quiebra sólo es concebible dentro de la quiebra del propio Estado; pasando a afirmar que el Estado no puede quebrar, todo lo más acercarse a la suspensión de pagos, pero tan sólo si antes se ha hundido toda la economía nacional, en cuyo caso no serían únicamente los pensionistas los que tendrían dificultades sino todos los ciudadanos: poseedores de deuda pública, funcionarios públicos, asalariados, inversores y, por supuesto, los tenedores de fondos privados de pensiones.

- 3º) Responsabilidad fiscal y financiera: se deberá financiar los sistemas de modo que se eviten incertidumbres sobre su viabilidad a largo plazo.

¿Acaso no es lo que establece la Ley 27/2011 al afirmar la búsqueda de fuentes de financiación alternativas? ¿No debería haberse aprovechado esta ocasión y concretar, siguiendo las recomendaciones del Pacto de Toledo, cuáles podrían ser éstas? Porque

¹⁹ Convenio sobre la Seguridad social (norma mínima) de 1952, ratificado por España el 29 de junio de 1988.

al no haberse hecho así, ¿qué otro momento nos queda?

4º) Responsabilidad del Estado: el Estado debe seguir siendo el verdadero garante del derecho a disfrutar de una jubilación de coste asequible y de una pensión adecuada.

No nos podemos olvidar que el art. 41 de la Constitución Española no establece como derecho la seguridad social, pero sí encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad social, garantía de un sistema de seguridad social con carácter universal, es decir para todos los ciudadanos. ¿Seguirá manteniendo el sistema estas características tras la inclusión de nuevas fuentes de financiación del sistema de pensiones públicas?