

Políticas sociales en sanidad y educación y el impacto de las políticas de consolidación fiscal

Vicente Marbán Gallego
Gregorio Rodríguez Cabrero
Universidad de Alcalá



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

1. Introducción

El acceso a la sanidad y a la educación son derechos fundamentales para el desarrollo de una ciudadanía activa y la reducción de las desigualdades sociales.

En el ámbito de la UE, la atención sanitaria es uno de los objetivos estratégicos del Estado de Bienestar como respuesta al reconocimiento del derecho social a la salud y a los cuidados sanitarios. Prácticamente todos los países de la UE reconocen dicho derecho, consolidado a lo largo de décadas. Junto al desempleo y la garantía de rentas, la enfermedad es un riesgo social que ha sido objeto de reivindicación desde la aparición de la “cuestión social” hasta la actualidad, pasando por el largo período histórico de construcción de los seguros sociales. Hacerla sostenible financieramente, equitativa y de calidad es uno de los objetivos compartidos por los países miembros de la UE, tal como señalaba la Comisión Europea hace años (Comisión Europea, 2004).

Por su parte, el acceso a la educación es considerado uno de los objetivos prioritarios en la Estrategia de la Unión Europea en el horizonte 2020 para conseguir “un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”, para mejorar la empleabilidad y reducir la pobreza. La inversión en educación y formación es fundamental para desarrollar las aptitudes científicas y profesionales y, sobre todo, las aptitudes transversales básicas imprescindibles para el ejercicio de una ciudadanía activa (Comisión Europea, 2012).

Las tendencias de reforma de nuestros sistemas sanitario y educativo responden desde antes de la crisis económica al modelo dominante de globalización neoliberal y competitividad, mimetizándose de los métodos de gestión mercantil amparados indemostradamente en su mayor eficacia. La depresión económica y las presiones de la consolidación fiscal, en un contexto de baja resistencia política y alto descontento social, han precipitado esa tendencia acompañadas de impactos profundos en la sostenibilidad, equidad y calidad de los sistemas sanitario y educativo.

En este texto analizamos tales impactos en los ámbitos sanitario y educativo. Aunque dichos ámbitos se abordan en secciones separadas, se mantiene una estructura de análisis similar para ambos: se empieza trazando una panorámica general de cada sistema antes de la crisis, a continuación se analizan los cambios e impactos de las respectivas reformas de ajuste presupuestario (Real Decreto-ley 16/2012; Real Decreto 1192/2012; Real Decreto-ley 14/2012; Real Decreto 609/2013) sobre los sistemas sanitario y educativo y se concluye con propuestas concretas en favor de un sistema sanitario y educativo de amplia cobertura, equitativo y eficiente.

2. El impacto de la depresión económica y financiera en el sistema sanitario español (SNS)

El envejecimiento de la población, la demanda de calidad, los avances en tecnología de tratamientos, entre otros problemas, han hecho aparecer problemas de sostenibilidad en los sistemas sanitarios cuya respuesta ha dependido en buena medida del enfoque ideológico sobre la enfermedad y la salud. La atención sanitaria, justificada primero como fallo de mercado, dando pie al desarrollo de los seguros sociales profesionales y, posteriormente, como objetivo de equidad y de redistribución, cuenta en la actualidad con un amplísimo apoyo ciudadano.

A partir de 1980 la respuesta tendencial ha estado inclinada a la búsqueda de la eficiencia y la apertura al mercado en detrimento de la equidad y fórmulas de reforzamiento del derecho social subjetivo. Las diferentes reformas desarrolladas en la mayoría de los países europeos han estado centradas de manera particular en la sostenibilidad financiera de los sistemas

sanitarios, apoyándose en el mercado de manera directa e indirecta (**Moreno Fuentes, 2013, 2009**) y, de manera particular, en la creación de mercados internos, la externalización de servicios rentables y fortaleciendo fiscalmente la oferta privada mercantil (**Sánchez Bayle, 2014**). Como consecuencia de estas reformas, los sistemas públicos de sanidad se han debilitado relativamente durante el largo período previo a la depresión económica que se inicia en 2008. De modo que la llegada de la crisis ha favorecido la profundización de políticas de racionamiento sanitario previamente desarrolladas, así como el fortalecimiento del principio de aseguramiento en detrimento del principio de ciudadanía.

En este marco general de cambio, en este informe, y después de trazar una panorámica general de cambio en el SNS español, analizamos los cambios que se han producido en la cobertura del sistema a partir de la reforma de abril de 2012 (RDL, 16/2012, de 20 de abril, BOE de 24 de abril de 2012) y los impactos sociales que ha supuesto; finalmente, se proponen medidas de sostenibilidad desde la lógica de que el SNS es un instrumento crucial en la lucha contra la desigualdad y la exclusión social.

2.1. El SNS antes de la crisis

Desde la perspectiva del análisis de las políticas públicas, contamos con evidencia científica de cómo y por qué han tenido lugar las transformaciones institucionales (entre otros **Guillén, 1996, Sánchez Bayle, 1996; Moreno Fuentes, 2009; Rey del Castillo, 2011**) que han conducido a lo largo del tiempo desde un sistema de atención sanitaria basado en los seguros sociales a la creación del SNS en 1986 y su desarrollo posterior hasta la crisis actual. Dichas transformaciones, han sido el resultado de fuerzas contradictorias en las que han entrado en relación y conflicto las demandas de los grupos de interés del mercado y las necesidades sociales y, como consecuencia, el SNS ha desarrollado políticas que han combinado extensiones en la cobertura con la aplicación de reformas de contención y recorte del gasto, así como ampliación del espacio de la oferta privada. De manera sintética, los ejes del cambio institucional en el SNS pueden resumirse del siguiente modo:

a) En primer lugar, el SNS es en gran medida el resultado de un proceso histórico de desarrollo institucional y operativo que tiene lugar en el seno de la Seguridad Social entre 1963 y 1977, período del franquismo tardío, pero que se extiende hasta la reforma sanitaria de 1986. Este sistema sanitario, bajo el principio de aseguramiento, logra alcanzar una cobertura de casi el 82 por ciento de la población española cuando se aprueba la CE de 1978, quedando el resto de la población protegida en base al mercado o por vía asistencial (vía Estado o entidades sanitarias no lucrativas). Este esquema de protección de tipo bismarkiano se basa en la combinación de las necesidades del fordismo industrial y de la necesidad de garantizar la reproducción de la sociedad mediante la protección del trabajador y de su familia.

b) La transformación del sistema sanitario de la Seguridad Social en 1986 (conocida también como la reforma Lluich) en un sistema nacional de salud es consecuencia tanto de las políticas socialdemócratas (no sin resistencias internas en el área económica del primer gobierno socialista y externas, entidades corporativas médicas y consorcios empresariales del sector privado), como de la influencia de los modelos europeos de sanidad orientados en su gran mayoría hacia una cobertura universal bajo el principio de ciudadanía; si bien en dicho momento algunos de dichos modelos estaban ensayando, ya en la década de los años 80 del siglo XX, programas de racionalización del gasto en sanidad y de privatización selectiva a través de mercados internos y ampliación de la oferta privada (caso del Reino Unido).

Dada la amplia cobertura sanitaria vía Seguridad Social lograda hasta 1986, el cierre protector de la atención sanitaria no fue objeto de especial reivindicación ciudadana ni de especial interés por parte del propio partido en el gobierno, centrado en los ajustes presupuestarios y en la reestructuración económica; y, por ello, el avance hacia la universalización no tiene lugar hasta 1989 (RD 1088/1989, de 8 de septiembre de 1989), una vez que algunas Comunidades

Autónomas (en concreto El País Vasco) se adelanten en la aplicación de la misma, sin minusvalorar el efecto indirecto que tiene la huelga general de 1988 que acelera la universalización de las prestaciones no contributivas (Ley 26/1990 de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas) y universaliza y mejora la cobertura e intensidad protectora en desempleo y pensiones (RDL 3/1989, de 31 de marzo, de Medidas Adicionales de Carácter Social).

Con ello, en 1990 queda completada la universalización de las pensiones, se avanza en la extensión del sistema no contributivo o asistencial del Estado de Bienestar y la cobertura sanitaria se transforma desde un sistema de seguros en un sistema universal regido por el principio de ciudadanía y financiado con impuestos generales. Las reivindicaciones sindicales recogían así la llamada “deuda social” (1988) después del período de ajuste de la economía española, consecuencia de la reconversión industrial y de las exigencias económico-financieras de la entrada en la Unión Europea.

c) Pero casi al mismo tiempo que el SNS acelera el proceso de universalización o extensión de la cobertura sanitaria, y extiende su cobertura a la población inmigrante extranjera indocumentada (Ley 4/2000 y Ley 8/2000), el sistema sanitario afronta la presión ideológica y de los intereses económico-financieros de los partidarios de una racionalización del sistema que incluya formas de privatización selectiva de los servicios sanitarios. La influencia de la llamada nueva gestión pública, intereses privados en ascenso, el propio peso de la oferta mercantil y no lucrativa en el sistema sanitario y nuevas demandas de colectivos de elevado nivel de renta, presionan de facto en detrimento de la lógica redistributiva y en favor de la lógica de la eficiencia como dogma indiscutible que debe orientar las llamadas reformas sanitarias. La amplitud de los intereses en conflicto multiplica el enfrentamiento ideológico sobre los objetivos, medios y resultados esperados del SNS. Efectos de este giro son la creciente externalización, o mejor, privatización selectiva de servicios y la introducción de medidas de racionalización que en general están orientadas bajo el supuesto ideológico de fallo inevitable del Estado y necesidad de la aplicación correctora del mercado. Tal como afirma **Benach** (2012) en una fase de estancamiento capitalista y de beneficios crecientes, la atención sanitaria era un lugar para hacer negocios y la doctrina justificativa era la introducción de la gestión privada en los sistemas públicos sanitarios bajo el supuesto de la ineficiencia inevitable de estos últimos.

En el caso de España, y como consecuencia de una proposición no de ley del partido Centro Democrático y Social (hoy extinto), el 25 de enero de 1990 se crea la Comisión de Expertos encargada del análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud (conocida como Comisión Abril Martorell, presidente la misma), cuyos resultados se presentan en septiembre de 1991 en la Comisión de Política Social y Empleo (**Congreso de los Diputados, 1991**). A partir del Informe Abril se acelera el proceso de racionalización promercantil de la reforma sanitaria, tanto en el plano ideológico como en el normativo (Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud) y práctico (ensayo en 1999 de la privatización del hospital de Alzira en Valencia y en Valdemoro en Madrid en 2005). Se inicia un goteo lento de “reformas” o de oferta privada en sus distintas modalidades y creación de mercados internos en el sistema que crean las condiciones para, en un contexto de crisis, poder justificar y hacer posible el retorno al sistema de aseguramiento en detrimento del sistema universal de atención sanitaria, así como una mayor extensión de la oferta privada.

d) Finalmente, el SNS se desarrolla progresivamente sobre la lógica de la descentralización que, por una parte, supone acercar el sistema al ciudadano y aprovechar las ventajas de eficiencia en el ámbito territorial y, por otra parte, repartir responsabilidades y costes entre diferentes niveles de gobierno y actores sociales e institucionales. Este proceso generó pronto problemas de gobernanza y desequilibrios en la oferta sanitaria que trataron de ser corregidos mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) favoreciendo una gobernanza más integrada y cooperativa con instrumentos como un sistema de información común, la creación de una Agencia de Calidad y un Fondo de Cohesión Sanitaria (RD 1207/2006) que, como observa **Moreno Fuentes**, no han contribuido a una

mayor integración del SNS, sino a su fragmentación y, con ello, afectando negativamente a la equidad interterritorial del sistema.

En suma, a finales de la década pasada el SNS acusaba la tensión entre tres lógicas: la redistributiva (garantizar la universalización), la privatizadora (expansión de la oferta privada dentro y fuera del SNS) y descentralizadora (multiplicación de actores y fragmentación del sistema), que actúan como fuerzas contradictorias que impiden en muchos sentidos avanzar hacia un perfeccionamiento del SNS. Tal como señala **Rey del Castillo** (2011): “la imagen más descriptiva de la situación del SNS en la actualidad es la de “un gigante con pies de barro y sin columna vertebral, al que, como algunos han comentado para completar esa descripción, cabría añadir que le falta también la cabeza, puesto que, en su estructura, tampoco se puede identificar ningún órgano que ejerza de manera efectiva su dirección”.

Entre 1990, puesta en marcha efectiva de la universalización del sistema sanitario, y la reforma del SNS de 2012, el sistema acumula problemas estructurales a los que el RDL 16/2012 mencionado no pretende dar respuesta global sino parcial, puesto que su objetivo es garantizar la sostenibilidad financiera a corto plazo del sistema. Entre dichos problemas estructurales están los de gobernanza (limitada capacidad de coordinación de los sistemas sanitarios autonómicos), de cobertura (acumulación no ordenada de colectivos con diferencias entre sí, existiendo formas de exclusión de la atención sanitaria), de financiación (un modelo de financiación no finalista a partir de la LO 3/2009 así como la naturaleza residual del fondo de cohesión sanitaria), de gestión (limitaciones en la mejora de la eficiencia en el consumo farmacéutico, en las compras del sistema y en la articulación de la atención primaria y especializada, entre otros) y de equidad interterritorial (aumento de las diferencias en la oferta de prestaciones y en la calidad de las mismas).

El RDL 16/2012 se centra de este modo en el ajuste a la baja del gasto público sanitario sin abordar las reformas estructurales a las que nos referiremos en el último epígrafe. El Programa Nacional de Reformas de 2013, así como el Programa de Estabilidad de España 2013-2016 se plantean reducir el gasto sanitario entre 2012 y 2014 por valor de 7.267 millones de euros; de modo que el gasto público en sanidad en 2016 no supere el 5,4% del PIB, lo que supone un retroceso sin precedentes respecto del gasto de 2011. En este sentido es necesario, aunque sea sintéticamente, preguntarnos si gasta mucho España en atención sanitaria, si es excesivo el gasto sanitario y qué peso tiene el gasto privado. Contamos con evidencia suficiente para dar respuesta a estas preguntas (ver **Comisiones Obreras, 2013; Rey del Castillo, 2011, Navarro, 2005** (¹) y 2007 (²), entre otros).

El gasto sanitario español, público y privado, en 2011 era el 9,30 del PIB, lo que supone una situación intermedia respecto de los países de la OCDE con la excepción del gasto sanitario de los EEUU que supera el 17% del PIB, modelo de tipo privado. En términos de gasto per cápita existe una relación estrecha con el PIB per cápita de España y, por tanto, en relación con la riqueza del país. Por otra parte, el gasto público sanitario es el 73% del gasto total, algo inferior al de los países de nuestro entorno. Además, el gasto sanitario está altamente descentralizado (la ejecución del gasto está predominantemente en manos de las Comunidades Autónomas, el 91.5% del gasto realizado por todas las Administraciones Públicas). Los años 2009, 2010 y 2011 han supuesto un cambio de rumbo en la dinámica del gasto público sanitario que inicia una senda de reducción constatada por la propia OCDE en su informe Health at Glance de 2013 (**OECD, 2013b**).

¹ El informe de 2005 aborda en su Sección V. La salud en España a través de dos capítulos: Capítulo 12. La Sanidad en España (Vicenç Navarro) y Capítulo 13. Desigualdades en salud en Comunidades Autónomas y Municipios (Joan Benach, Maica Rodríguez, Carme Borrell et al).

² El informe de 2007 analiza la Atención Sanitaria (Vicenç Navarro y Maria Freixanet) las Desigualdades en salud (Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell y Saúl Charris) y la Salud laboral, ambiental y pública (Marcelo Amable, Joan Benach y Saúl Charris).

En este contexto ha tenido lugar el desarrollo de una provisión privada creciente de los recursos públicos en todos los niveles asistenciales, sobre todo hospitalario y ambulatorio, casi la tercera parte del gasto sanitario público, sin que por ello se hayan logrado mejoras en eficiencia económica y calidad asistencial (**Comisiones Obreras, 2013**). Justamente en el ámbito hospitalario es donde se han concentrado las mayores tensiones sociales e institucionales cuando, a partir de 2012, se han acentuado las políticas de privatización.

2.2. El impacto de las políticas de consolidación fiscal en el SNS

A partir de mayo de 2010 España asume las políticas de consolidación fiscal (recorte de gasto público) y de devaluación interna impuestas por la troika comunitaria, cuya intensidad se acentúa en 2011 y, sobre todo, a partir de 2012 con un cambio de gobierno que acomete en profundidad la reforma del mercado de trabajo y los ajustes presupuestarios en los sistemas públicos de la sanidad y la educación, así como en servicios sociales y atención a la dependencia. En el caso de la sanidad dicha reforma se concreta a lo largo de 2012 en dos medidas: el RDL 16/2012 y su desarrollo en el RD 1192/2012, decididas por el gobierno sin ningún tipo de debate ni consenso parlamentario. Mediante ambas normas se acometen reformas de calado que restringen la cobertura, incrementan el copago farmacéutico y modifican la cartera de prestaciones sanitarias.

En su planteamiento la reforma sanitaria decretada implica tres consecuencias inmediatas en cuanto a cobertura, desarrollo del modelo institucional e impacto social, así como otra consecuencia a medio plazo: acelerar el proceso de privatización del SNS.

a) La reforma supone una reducción de la cobertura sanitaria así como un desplazamiento del coste mediante o formas de copago o recosté.

La reforma de 2012 retrotrae el sistema sanitario al ámbito del aseguramiento en detrimento del principio de universalidad o ciudadanía. En 2011 la ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, última medida sanitaria del gobierno socialista, amplió la cobertura a todos los españoles residentes y a los desempleados que hubieran agotado el subsidio de desempleo, a la vez que dejaba abierta la puerta para regular en seis meses la protección de los colectivos que pudieran necesitar asistencia sanitaria, aunque en función de la situación financiera del sector público, es decir, sometida a una gran incertidumbre.

Este avance y previsión quedan puestos en entredicho con la reforma de abril de 2012 al reforzar el principio de aseguramiento y la dependencia de los beneficiarios del asegurado. Entre los titulares están los trabajadores dados de alta en la Seguridad Social y perceptores de pensiones y prestaciones de paro. Entre los beneficiarios del asegurado se contemplan al cónyuge o pareja de hecho, separados con derecho a la percepción de una pensión compensatoria y los descendientes menores de 26 años y las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65%. El resto de la población puede acceder a la asistencia sanitaria si tiene ingresos inferiores a 100.000 euros al año, por lo que dado este elevado umbral de renta la exclusión solo puede producirse en un pequeño porcentaje de ciudadanos españoles.

Situación distinta es la de los inmigrantes indocumentados, es decir, que no son residentes o no tienen registro alguno en España. Éstos quedan excluidos de la asistencia sanitaria excepto en situaciones de urgencia, las mujeres embarazadas y los menores de 18 años. El PNR 2013 estima en 873.000 el volumen de personas que perderían la tarjeta sanitaria, lo que supone un amplio impacto de exclusión social de la atención sanitaria. A esta exclusión ofrece una alternativa el RD 576/2013 que establece un convenio especial de atención sanitaria a las personas que acrediten la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año, estén empadronadas en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial y que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por

cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países. Mediante este convenio pueden acceder a la asistencia pública sanitaria pagando cuotas mensuales de 60 euros (menores de 65 años) o de 157 euros (mayores de 65 años). Con ello se produce una privatización casi "imposible" por la parte inferior de la pirámide socioeconómica pues difícilmente los inmigrantes indocumentados, en su gran mayoría sin recursos, podrán financiar las cuantías mensuales de las pólizas previstas en el RD 567/2013. En este punto hay que recordar que el gasto sanitario de este último colectivo no ha puesto hasta ahora en riesgo el SNS, entre otras razones debido en gran medida a la juventud del colectivo. Por lo que seguramente la atención por vía de urgencia podría ser más costosa que la atención sanitaria en el nivel primario. Todo ello sin considerar los riesgos que se pueden producir para la salud pública por el hecho de que existan personas con enfermedades contagiosas o que precisan un control exhaustivo.

En este sentido el Defensor del Pueblo (2014) hizo pública la Recomendación 167/2013, para que, "en colaboración con las Comunidades Autónomas y mediante la aplicación de políticas sociales, se facilitara el acceso al mencionado convenio a través de fórmulas de exención, total o parcial, de la contraprestación económica". Recomendación que no fue asumida por el Ministerio de Sanidad remitiendo dicha cobertura a la asistencia social de las Comunidades Autónomas; lo cual, según el Defensor del Pueblo "no permitiría cumplir con el objetivo que justifica la exclusión de estas personas de la condición de asegurado o beneficiario del SNS: minoración del déficit público y contención del gasto, ya que el costo de la asistencia seguiría siendo asumido por las administraciones públicas". Por ello dicha institución apela al Convenio Europeo de Derechos Humanos como justificación de la atención sanitaria a las personas sin documentación regular evitando el recurso a los procedimientos informales que considera como una vía insegura de prestación de la atención sanitaria.

El segundo de los cambios producidos por el RDL 16/2012 es la extensión del copago a la población pensionista y su intensificación en la población activa. Esta reforma está recogida en el PNR de 2013. En resumen, en el caso de las personas activas el copago fijo del 40% por los medicamentos se modifica por otro escalonado en función de tramos de renta de modo que los beneficiarios con rentas superiores a 100.000 euros abonarán el 60% del coste, los comprendidos entre 100.000 y 18.000 euros el 50% y los que tienen rentas inferiores a 18.000 euros aportan un copago del 40%. En el caso de la población pensionista, que tenía un copago cero hasta 2012, la escala de renta es similar a la anterior y el copago es del 10% para todas las rentas inferiores a 100.000 euros con topes mensuales que de superarse obligan al SNS a la devolución en el plazo de 6 meses. Se produce una discriminación favorable en favor de los activos y pensionistas de las mutualidades civil, militar y judicial cuya aportación es del 30% del precio de los medicamentos. También se extiende el copago a los medicamentos dispensados en los centros sanitarios y en los de aportación reducida, en ambos casos del 10%.

Quedan exentos del copago algunos grupos vulnerables y de bajo nivel de renta como son las personas con discapacidad, los perceptores de rentas de inserción, pensiones no contributivas, los que hayan agotado el subsidio asistencial de paro y continúen en dicha situación y los que sigan tratamientos debidos a accidentes de trabajos y enfermedades profesionales.

Los problemas que genera el nuevo sistema de copago son numerosos y con impactos negativos en cuanto a equidad. Por una parte, el escalonado de rentas es discutible ya que no contempla niveles intermedios entre los 18.000 y 100.000 euros ni por debajo de los 18.000. El grueso del copago lo aportan los pensionistas que son los que consumen más productos y de mayor precio al darse en muchos de ellos enfermedades crónicas. En las estimaciones realizadas por Comisiones Obreras (2013) a partir de la información fiscal de la Agencia Tributaria se constata la discriminación en la distribución de la carga del copago. Tomada en su conjunto y considerando el copago no solo de medicamentos sino de transporte y productos de apoyo, su efecto en la recaudación y en la demanda inadecuada de servicios médicos se considera que es nulo por algunas de las organizaciones del sector sanitario, además de inequitativo e ineficaz (FADSP, 2012). En todo caso uno de sus principales impactos negativos

tiene lugar en los enfermos crónicos que son los que asumen con mayor intensidad el carácter excluyente del nuevo sistema de copago

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el RD 1192/2012 amplía el pago total de productos farmacéuticos mediante una lista adicional de productos que quedan fuera de las prestaciones sanitarias, lo que supone aumentar la aportación del usuario a la vez que se desplaza el coste de la factura farmacéutica a otros productos más caros.

Un último cambio es el copago farmacéutico hospitalario (Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia) por parte de aquellos asegurados no ingresados que precisen de tratamientos que deberán abonar un 10 por ciento del precio de los mismos, con un máximo de 4,20 euros por medicamento. Esta Resolución ha sido objeto de rechazo por parte de Comunidades Autónomas que lo han recurrido, como es el caso de Asturias, Andalucía, Canarias, Canarias y Castilla y León.

b) El impacto institucional de la nueva reforma retorna el SNS al pasado, al sistema de Seguridad Social, de forma que el nuevo entramado se configura en un sistema tripartito de atención sanitaria: un sistema de Seguridad Social para los cotizantes, un sistema asistencial para las personas sin recursos y un sistema privado con un margen de crecimiento mucho mayor, completado con un sistema informal e inseguro de atención sanitaria provisto por las redes de ONG y por algunas Comunidades Autónomas que se han opuesto a la exclusión de las personas en situación irregular o que valoran que el beneficio de la salud pública es superior al coste de la atención.

El segundo subsistema, el de tipo asistencial, había quedado subsumido en el primero, tal era el objetivo de la ley de 1986 al crear un sistema sanitario universal guiado por el principio de residencia y financiado con impuestos. Su reconstrucción, formal e informal, supone una regresión institucional a la vez que una discriminación social y prestacional. Las implicaciones que conlleva esta fragmentación institucional en términos de desigualdad social y en las condiciones de vida de los ciudadanos vulnerables y en situación de exclusión ya son visibles pero seguramente su impacto futuro será mayor de no corregirse esta deriva de acuerdo con las recomendaciones del Defensor del Pueblo.

Que la reforma amplía el espacio de la desigualdad es un acuerdo casi unánime entre los expertos (entre otros **Benach, 2012; Costas Lombardía, 2012; Navarro, ; Oré Aguilar, 2012; Sánchez Bayle, 2014**) y, de manera particular cuando nos referimos a colectivos vulnerables como son los enfermos crónicos, los jóvenes sin empleo mayores de 26 años y los inmigrantes indocumentados. Con ello el riesgo de exclusión se extiende justo en un sistema, como el sanitario, que contribuyó como ningún otro durante las décadas de los 80 y 90 a reducir la desigualdad social.

En suma, la política sanitaria de abril de 2012 y las medidas complementarias (Real Decreto 1192/2012 y Resolución de 10 de septiembre de 2013,) tienen como objetivo aparente contribuir a reducir el déficit público y hacer sostenible financieramente el SNS mediante medidas de austeridad y corrección de supuestos despilfarros. En la práctica, la reforma sanitaria española y, en general las reformas sanitarias desarrolladas bajo la crisis, como señala **A. Costas (2012)**, “son amputaciones del sistema público de salud que responden a su ideología sobre los servicios públicos o intereses de grupos económicos” y que amplían el espacio social de la exclusión al reducir el ámbito práctico del derecho a la atención sanitaria.

La reforma de 2012, dos años después de su aplicación, precisa de una evaluación de impacto oficial. Sin embargo, la información sobre su impacto es limitada y solo los informes de expertos, grupos de investigación y ONG de acción social aportan evidencias parciales que, sin embargo, permiten trazar un juicio sobre la misma como una reforma más excluyente, con menos gobernanza y más privatizada.

Más excluyente en la medida en que se quiebra el principio de universalidad y los grupos de riesgos o quedan excluidos (excepto en situaciones muy determinadas) o tienen que asumir un coste por la atención o por las prestaciones farmacéuticas (caso de los enfermos crónicos).

Con una gobernanza más débil en cuanto a la desigualdad existente en la atención a las personas en situación irregular, en cuanto a los distintos ritmos de devolución de lo cobrado a los pensionistas en exceso del copago farmacéutico o en la distinta reacción institucional ante el copago hospitalario. Tal como algunos expertos han puesto de manifiesto (**Cabases, 2013; Cabases y Oliva, 2011**) el buen gobierno de la sanidad es determinante para la sostenibilidad del sistema sanitario no solo en su dimensión financiera sino también institucional y prestacional.

También una sanidad más privatizada en cuanto que en la reforma subyace una voluntad de trasladar el coste de la atención sanitaria al ciudadano e imprimir una mayor velocidad a la expansión de la oferta privada sanitaria, con lo cual el sistema público en cuanto bien común se debilita y, por el contrario, se consolida un sistema más fragmentado de atención sanitaria que refleja a la vez que refuerza la estructura de una desigualdad social existente que la crisis actual ha ampliado y reforzado.

2.3. Retos y políticas a favor de un sistema sanitario universal

La sanidad es un derecho social fundamental y en el ámbito de la UE constituye, junto a la garantía de una pensión digna, uno de los pilares básicos de la protección social. Recientemente lo volvía a recordar el “Informe Prospectivo Anual sobre el crecimiento 2013” de la Comisión Europea.

En efecto el sistema sanitario es precondition de la prosperidad y del bienestar individual, es un gasto positivo (*growth-friendly expenditure*) ya que un gasto sanitario eficiente y efectivo incrementa la productividad del trabajo, promueve la inclusión social y reduce la pobreza; y contribuye a reducir las desigualdades sociales y a consolidar la cohesión social (ver **Wilkinson y Pickett, 2011**).

Los sistemas sanitarios en general y el español en particular constituyen un campo de la política social especialmente complejo a la vez que determinante para el bienestar social. Es un campo complejo en cuanto que confluyen múltiples agentes sociales y económicos con intereses e ideologías muy diversas, parte de ellas en clara contraposición. No es casual que el mayor impacto mediático de las llamadas reformas sanitarias, nacional y autonómicas, haya tenido lugar en el SNS donde confluyen grupos de interés, corporaciones profesionales, sindicatos y asociaciones de todo tipo cuya capacidad de movilización es muy elevada y cuyo impacto político es notable. Pero mismo tiempo el SNS es un factor determinante en el resultado de bienestar y en este sentido los resultados del mismo son destacables si tenemos en cuenta que el gasto público sanitario es relativamente bajo en términos comparados con, por ejemplo, el del gasto de la UE-15.

La agenda de sostenibilidad del sistema sanitario español, en parte consecuencia de los planes de austeridad de la UE y en parte objetivo de la agenda política interna, es una agenda de corto-medio plazo cuyo objetivo consiste simplemente en reducir el porcentaje del gasto en sanidad en el producto interior bruto y desplazar parte de dicho gasto a los hogares bajo el supuesto ideológico de que el sistema es insostenible a largo plazo. Las políticas que se plantean para hacer frente a la supuesta insostenibilidad, tal como venimos señalando, son los recortes en el gasto, el aumento del copago y fórmulas de gestión privada de la acción pública a la vez que se anima a la población a complementar sus prestaciones sanitarias en el mercado sanitario existente.

Si valoramos como socialmente negativas las consecuencias de dichas políticas desde la lógica prioritaria de la redistribución y de la inclusión social, pueden plantearse alternativas de

sostenibilidad a largo plazo del actual sistema sanitario que estén basadas en el pacto social y en políticas que concilien la igualdad y la eficiencia.

La actual reforma sanitaria en curso no ha sido fruto de un pacto sino de una doble imposición, interna y externa, justificada en su inevitabilidad como el único camino posible para hacer frente a los problemas estructurales del SNS. A ello cabe contraponer la lógica de un pacto ampliado entre partidos y organizaciones sociales en torno a los ejes fundamentales de lo que debe ser un sistema sanitario que se guíe por criterios de bienestar y fundado en el derecho social subjetivo, siendo conscientes de que en el mismo existen intereses contradictorios y conflictivos. Un sistema que tiene el refrendo o apoyo de la gran mayoría de la población que considera el SNS como un bien común irrenunciable.

En torno a dicho pacto pueden establecerse políticas de eficiencia económica y de equidad que los expertos han destacado en los últimos años.

Desde la vertiente de la eficiencia están las medidas de mejora de la financiación a través de una reforma fiscal progresiva; garantizar la financiación de infraestructuras sanitarias a través de los fondos europeos; mejoras en el sistema de compras, consumo farmacéutico y en la utilización de las tecnologías con el fin de rentabilizar socialmente su uso; valorar la eficiencia y eficacia de las privatizaciones hospitalarias, es decir, valorar si efectivamente generan más bienestar que la oferta pública y si reducen el coste.

Desde la vertiente de la equidad el SNS tiene un amplio campo para fortalecer la cohesión social que pasa, entre otras políticas, por la mejora urgente de la gobernanza del sistema, del reforzamiento de su coordinación como un sistema único y avances en equidad interterritorial; en este sentido la adopción de planes estatales de sanidad y el reforzamiento de la autoridad de coordinación, Consejo Interterritorial de Sanidad, son medidas ya propuestas que pueden mejorar la sostenibilidad del sistema. También la reintegración en el sistema de los colectivos excluidos en el acceso (inmigrantes sin papeles, familiares reagrupados de inmigrantes, jóvenes en paro mayores de 26 años) o con dificultades económicas en el uso del sistema (copago de enfermos crónicos) de modo que el derecho a la atención sanitaria sea igual para todos.

Lo que los recortes en sanidad han demostrado es que su impacto genera malestar social sin que exista seguridad de que se avanza en la sostenibilidad financiera futura del sistema. Si dicha sostenibilidad se fía al impacto financiero de los recortes, que son de corto plazo, y a una opción de fragmentación institucional del SNS, que supone traspasar parte de la responsabilidad pública a la oferta privada, el resultado seguramente será que no se logre la eficiencia pretendida y que, por el contrario, aumente la desigualdad, la exclusión y el malestar de la población.

3. El impacto de la depresión económica y financiera en el sistema educativo español³

El sistema educativo español, a pesar de sus carencias, ha experimentado grandes avances en sostenibilidad, equidad y calidad durante la democracia. La falta de consenso en la elaboración de una ley integral de educación ha sometido a nuestro sistema a vaivenes y transiciones excesivas con cierto impacto en el imaginario e identidad de las distintas generaciones (“generaciones EGB- generación primaria o generación ESO”). Generaciones y reformas, no

³ Nos centraremos en la educación no universitaria, con mayor énfasis en la etapa obligatoria, por su especial impacto en las desigualdades sociales y exclusión social y porque ha sido objeto de una reforma educativa reciente (en ciernes en estos momentos la del sistema universitario).

obstante, han compartido unos fundamentos básicos como la igualdad de oportunidades y la no discriminación, la educación como compensación de las desigualdades sociales, la reducción del fracaso y abandono escolar o la cobertura universal y gratuita en educación obligatoria que una prolongación excesiva de la crisis económica puede acabar socavando.

La crisis económica, el proceso de consolidación fiscal y el nuevo juego de mayorías políticas a partir de finales 2011 han precipitado una serie de reformas que afectan tanto al gasto como a la organización del sistema educativo no universitario.

En adelante, a partir de un análisis de los que consideramos como los tres principales ejes del debate reformista sobre el sistema educativo (cuasi-privatización, descentralización y cobertura del sistema), incidiremos en el impacto de la crisis en todos ellos teniendo como eje transversal de análisis las tensiones derivadas sobre la equidad e igualdad oportunidades.

3.1. El sistema educativo español: reformas educativas y ejes centrales del debate

El sistema educativo español ha sido objeto de numerosas reformas en nuestra historia contemporánea. En síntesis, desde los años 70 del siglo XX, salvo con la Ley General de Educación (LGE,1970), instaurada bajo el régimen de Franco, la regulación del sistema educativo ha sido parcelada en leyes específicas que han tratado de manera diferenciada el derecho a la educación y a la participación (LOECE, 1980; LODE, 1985; LOPEG,1995), el sistema educativo no universitario (LOGSE, 1990; LOCE,2002; LOE, 2006 y LOMCE,2013), el universitario (LRU, 1983; LOU, 2003; LOMLOU, 2007) y ciertos aspectos de la formación profesional como la formación profesional ocupacional y la continua (LOCFP, 2002)⁴.

Del análisis de las diferentes reformas educativas vertebradoras del sistema educativo implementadas por gobiernos de diferente signo político se constata como, por lo general, comparten una serie de objetivos comunes como son la igualdad de oportunidades y no discriminación, la educación como compensación de las desigualdades sociales, la reducción del fracaso y abandono escolar, la gestión eficiente del gasto público en educación, la cobertura universal y gratuita en educación obligatoria o el desarrollo de competencias descentralizadas y compartidas entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas. Sucede, empero, que no comparten buena parte de las respuestas y soluciones a los mismos, lo que deviene, más allá de razones de oportunismo político, en la ausencia de una reforma vertebradora estable y consensuada del sistema educativo.

Entre las grandes leyes, con la excepción de la mencionada LOCFP, la regulación del sistema educativo español ha estado sujeta al signo político del gobierno vigente. Del mismo modo, las tendencias de reforma de nuestro sistema educativo en los últimos años, por lo general, responden al modelo dominante de globalización neoliberal y competitividad en el que la escuela y la universidad se conciben cada vez más como un mecanismo de reproducción sociolaboral, mimetizado de los métodos de gestión mercantil en aras de una falaz gestión más eficiente, en vez de ser un mecanismo de reproducción de ciudadanía y democracia.

⁴ LGE (Ley General de Educación,1970), LOECE (Ley Orgánica del Estatuto de Centros Escolares, 1980), LODE (Ley Orgánica Reguladora del Derecho a la Educación, 1985), LOPEG (Ley Orgánica de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes, 1995), LOGSE (Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, 1990), LOCE, (Ley Orgánica de Calidad de la Educación, 2002), LOE (Ley Orgánica de la Educación, 2006), LOMCE (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa), LRU (Ley Orgánica de Reforma de la Universidad, 1983), LOU (Ley Orgánica de Universidades,2003), LOMLOU (Ley Orgánica de la Cualificaciones y de la Formación Profesional, 2007) y LOCFP (Ley Orgánica de la Cualificaciones y de la Formación Profesional, 2002). Para mayor detalle sobre la evolución del marco legislativo de nuestro sistema educativo puede consultarse el Informe del Sistema Educativo Español 2009, volumen I, capítulo I del MEC (en línea) http://www.mecd.gob.es/redie-eurydice/dms/redieeurydice/doc/INFORME_SIST_EDUCATIVO_VOL_I.pdf

La propia normativa europea recogida en el Tratado de la Constitución Europea califica a la educación como un “Servicio de Interés General”⁵ en vez de un derecho público (Díez, 2010). Esto, junto a la incertidumbre generada por la imprecisión de la Comisión Europea en la definición de los servicios de interés general a nivel europeo (tales como sanidad, educación, servicios sociales o vivienda social), o de las circunstancias bajo las cuales quedarían exentos de la aplicación de las normas de competencia (Casas, 2011) genera incertidumbre sobre el alcance de la exposición de la educación pública al mercado.

Al margen de cuestiones más puntuales y polémicas como la naturaleza obligatoria u optativa de la asignatura de religión o de educación para la ciudadanía, destacaríamos tres procesos centrales que han estado presentes en las sucesivas reformas y debates educativos: la **cuasi-privatización del sistema educativo, su descentralización, y la extensión de la cobertura del sistema** tras los cuales, como analizaremos más adelante, subyacen **tensiones latentes sobre la equidad e igualdad de oportunidades**.

1- En lo concerniente a la **cuasi-privatización** del SE, aunque tiende a justificarse bajo una lógica de eficiencia organizativa y económica, esta no siempre es pacífica con la equidad y la igualdad en el acceso a la educación. La equidad es un objetivo común del sistema educativo que comparten la visión liberal-conservadora y progresista pero las soluciones difieren sustancialmente: la primera centrada en la libertad de elección, la autonomía de los centros y la cultura del esfuerzo, la segunda más centrada en compensar la desigualdades enraizadas en el entorno socioeconómico de los alumnos (Andrés y Rogero, 2011).

En un análisis comparado con Europa, nuestro sistema educativo podría caracterizarse como un “régimen diferenciado de cuasi-mercado” dado su nivel medio de gasto público en educación, nivel bajo de gasto local relativo y porcentajes elevados de alumnos en escuelas privadas (Alegre y Subirats, 2013). Un régimen donde coexisten CCAA con una política de concertos contenida y a la que apenas destinaron en 2012 el 10% del total de gasto público no universitario (Castilla-La Mancha, 9,7%; Extremadura 10,4%) con otras como que superaron claramente el 20% (Cataluña, 23,3%; Navarra, 24,3%; Madrid, 29% o el País Vasco, 31%)

En niveles de **privatización exógena**, es decir, el peso que tienen los centros educativos privados en el conjunto de la oferta educativa, España se sitúa entre los principales estados de la UE y de la OCDE. Según la OCDE (OECD, 2013a) nuestro alumnado matriculado en centros educativos privados dependientes de fondos públicos en la educación obligatoria (28%) es de los más altos comparado con el promedio de la OCDE (8%). Tales niveles de privatización exógena, cuando se dan en un contexto de bajo control de la oferta en los centros concertados pueden tener un alto impacto en la igualdad de oportunidades y en la polarización del sistema, no tanto en resultados académicos, ya que cuando se tiene en cuenta el status socioeconómico y cultural del centro y sus alumnos las diferencias entre los centros públicos y privados se reducen de manera significativa (OECD, 2010), así como en la reproducción de las diferencias sociales.

En cuando a la **privatización “endógena”**, es decir, la incorporación de ideas, métodos y prácticas de mercado en las instituciones educativas, cada vez es más habitual en España y en la UE, incluidos los países nórdicos. Las prácticas más extendidas afectan tanto a la demanda, favoreciendo la libertad de elección de centro a las familias, como a la propia oferta de los centros educativos promoviendo su autonomía para diferenciarse y competir entre ellos. Del mismo modo que la privatización exógena, la libertad de elección y la autonomía de centros educativos pueden contravenir la equidad en el acceso cuando se produce en un marco de información asimétrica y capital cultural y costes de transacción interclase muy dispares. Por el lado de la demanda, proporcionar plena libertad de elección de centro a las familias puede

⁵ SIG son servicios sometidos o no a la disciplina del mercado, que las autoridades públicas consideran de interés general y, por tanto, están sometidos a obligaciones específicas de servicio público. Los SIG abarcan una amplia gama de actividades, que van desde la energía a los servicios postales, la atención a la salud, la educación y los servicios sociales.

reproducir la segregación escolar en la medida en la que tal elección tiende a realizarse por afinidad social (Andrés y Subirats, 2013; Díez, 2010; OECD, 2012b) y las familias con más recursos económicos pueden asumir mayores costes de transacción en su proceso de elección (dedicar más tiempo a informarse sobre los centros, desplazamientos más largos para la elección de centros educativos, etc.). Por el lado de la oferta, la asunción de que más autonomía curricular conduce a mejoras en el rendimiento como defiende la OCDE (OECD, 2013a) no está exenta de riesgos de segregación escolar. Por un lado, porque pueden producirse círculos viciosos de oferta y demanda donde las escuelas y las familias se buscan mutuamente en un proyecto socioeducativo concreto que puede resultar excluyente para otros (Andrés y Subirats, 2013). Por otro lado, porque la ausencia de indicadores integrales eficaces para diferenciar los centros más adecuados hace que, en la práctica, la elección se fundamente sobre una imagen corporativa atractiva o sobre indicadores de evaluación o pruebas externas basados sustancialmente en competencias cognitivas a cuya preparación se dedica mucho tiempo en detrimento de otras capacidades tanto o más importantes como la espacial, social o emocional. Por último, porque de no mejorarse los mecanismos de control de los centros educativos existe el riesgo de segregación del sistema a los alumnos con necesidades educativas especiales, minorías étnicas o aquellos procedentes de entornos más desfavorecidos, más expuestos a situaciones de fracaso y abandono escolar y menos atractivos en términos de costes de atención y de puntuaciones académicas (Díez, 2010). En cualquier caso, ante la ausencia de evidencia empírica concluyente de sus resultados sobre el rendimiento escolar, parecen ser más los riesgos que las oportunidades derivadas de la privatización tanto exógena como endógena⁶.

2- La **descentralización** de la educación en España se introduce como novedad en la organización escolar de nuestra historia contemporánea con la Constitución Española de 1978. Esta reconoce la transferencia de las competencias de regulación y administración de la enseñanza a las Comunidades Autónomas de acuerdo con las bases de legislación estatal, reservándose al Estado las competencias relativas a la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos (Frías del Val, 2007).

Las diferentes Leyes Orgánicas que desarrollan el derecho a la educación reconocido en el art.27 de la Constitución Española igualmente han ido reconociendo las competencias a las Comunidades Autónomas en materia educativa. Así, la LODE regula la participación en la programación general de la enseñanza de manera compartida entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Escolar del Estado y de la Conferencia de Consejeros de Educación de las Comunidades Autónomas (hoy Conferencia Sectorial de Educación). Posteriormente la LOGSE estableció un sistema descentralizado de enseñanza al permitir que las Comunidades Autónomas no sólo gestionasen los centros educativos, sino que pudiesen colaborar en la elaboración de los currículos escolares estableciéndose un modelo de colaboración interadministrativa que después, en su estructura fundamental, se fue manteniendo con la LOCE y la LOE (si bien éstas fueron incorporando modificaciones como la exigencia de destinar a contenidos básicos el 55% del tiempo lectivo disponible en caso de ser una región con lengua cooficial, y el 65% para el resto de CCAA que propiciaron tensiones competenciales). Tensiones que se han avivado con la LOMCE al establecerse un mayor control de la administración central sobre el currículo e incorporar pruebas de evaluación comunes a todas las autonomías al final de ESO y bachillerato, las cuales son percibidas como un recentralización de la gestión de las competencias educativas en evaluación.

En general, las distintas reformas del sistema educativo llevadas a cabo por los partidos políticos mayoritarios han compartido un mínimo común denominador basado en una

⁶ En el caso de Suecia, por ejemplo, los resultados no han sido los esperados ya que su puntuación media en el informe PISA del 2000 en rendimiento en lectura, matemáticas y ciencias estaba muy por encima del promedio de los otros países de la OCDE, y tras la introducción de medidas de privatización endógena en su sistema en el 2006 sus resultados en 2012 no solo no han mejorado sino que se encuentran por debajo de la media de la OCDE, incluida España.

descentralización compartida, flexible y supervisada por la Administración Central para compatibilizar el principio de igualdad de acceso con las distintas identidades culturales regionales. Aunque el porcentaje de decisiones educativas tomadas por la Administración Central en España en el primer ciclo de educación secundaria es superior a la media de la OCDE (59% frente al 36% de la OCDE) (OECD, 2012), a nivel comparado, nuestro modelo educativo es considerado como un modelo relativamente descentralizado, “regionalizado” e internamente heterogéneo en el que cada región tiene cierta flexibilidad para definir su grado de centralización⁷ y es responsable de la organización y mantenimiento de los centros escolares, de la financiación del sistema (incluidos los salarios de los maestros) y de la elaboración de una parte de los currículos escolares. Una heterogeneidad que no sólo depende de la orientación de las políticas educativas, sino también de sus antecedentes históricos y capacidad presupuestaria, lo que explicaría el amplio rango de variación en indicadores como el gasto público regional en educación en relación al PIB (entre el 2,8% en la Comunidad de Madrid y 5,99% Extremadura en 2010) o el gasto público según titularidad de los centros, con CCAA como Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha con un gasto público educativo más intenso en centros de titularidad pública (debido en parte a la escasez histórica de centros privados concertados) y CCAA como Madrid, La Rioja, Cataluña, Baleares y Navarra, con un gasto público destinado en una mayor proporción a centros de titularidad privada (Calero, 2012).

En cualquier caso, tal descentralización ha permitido avanzar en una mayor eficiencia administrativa (toma de decisiones más rápida, menos burocracia) y en una mayor democratización y adaptabilidad a las necesidades regionales y locales, si bien no ha demostrado tener un impacto determinante en las desigualdades educativas aunque si lo tengan las diferencias socioeconómicas entre las regiones: según la OCDE (OECD, 2013a) las diferencias en el rendimiento educativo entre las CCAA, en torno a 55 puntos entre las de mayor y menor rendimiento son, en un 85% de los casos, atribuibles a diferencias socioeconómicas, cifras muy superiores al resto de países de la OCDE; sirva de ejemplo, el contraste entre las tasas de abandono escolar del 11,5% en el País Vasco y el 32% en Extremadura (MECD, 2013).

3- En lo concerniente a la cobertura, el sistema educativo español lleva años progresando significativamente en diversos indicadores como la incorporación temprana a la escuela (cercana al 100% entre los 3 y 5 años, uno de los porcentajes más altos de la OCDE y asociada a un mejor rendimiento escolar posterior), o las altas tasas de graduación universitaria en población de 30 a 34 años (37% en la UE 27 y 41% en España según Eurostat) superándose así el objetivo europeo del 40% y más cerca de alcanzar el objetivo nacional del 44% en 2020 (PNR, 2013)

Durante la crisis económica paradójicamente también se ha avanzado tanto en tasas de escolarización en las edades posteriores a la escolaridad obligatoria (según OECD, 2013a, desde 2008 ha aumentado a un ritmo mayor que la media de la OCDE: 6 puntos en las personas de 16 años y casi 10 puntos en la de 18 años entre los cursos 2007-2008 y 2011-2012 según MECD, 2013) como en la reducción del abandono escolar en casi 8 puntos (del 31,2% al 23,5%) entre 2009 y 2013.

A pesar de ello, siguen perdurando problemas crónicos de cobertura en nuestro sistema educativo como la **dualidad educativa** (sobrecualificación formativa e infracualificación profesionalizante) y el **fracaso escolar y abandono escolar**⁸ (23,5% en España en 2013; 11,9% en UE27), situándonos todavía muy lejos de los objetivos europeos en abandono escolar para el año 2020 de 10% en la UE y de 15% para España (European commission, 2013).

⁷ Pedró, F(2007): Descentralització i municipalització de l'educació als països de l'OCDE, Barcelona: Diputació de Barcelona, citado en Andrés y Subirats (2013),

⁸ El fracaso escolar se refiere a los jóvenes que no han concluido la etapa educativa obligatoria y el abandono escolar a los jóvenes que dejan el sistema educativo tras terminar la educación obligatoria.

- Con respecto al primero, España cuenta con uno de los porcentajes de trabajadores sobrecualificados (en relación al trabajo que desempeñan) más altos de la OCDE (16.8%, OECD, 2014a) mientras que la escolarización en enseñanzas profesionales postobligatorias, especialmente en la FP de grado medio, es muy modesta tanto porque la oferta de plazas es muy limitada como porque el paso a las enseñanzas profesionales de grado medio ha venido requiriendo en España, a diferencia de otros países, una graduación en ESO difícil de conseguir⁹.

Corregir esta dualidad educativa haciendo más atractiva la Formación profesional como vía de retención de los escolares en el sistema educativo potenciando la formación profesional dual (European Commission, 2013) sobre la base de una concertación social sólida entre los agentes sociales, podría tener consecuencias positivas tanto en la reducción del abandono escolar como en una mayor adecuación de la oferta formativa al mercado laboral.

- En cuanto al **fracaso y el abandono escolar**, tienen importantes implicaciones en la **exclusión social** (son factores predictivos de menor empleabilidad y rentas salariales más bajas), en la **equidad** (el alumnado con menor capital económico y cultural suele tener un mayor peso entre los jóvenes que abandonan la educación) y en la **eficacia** del sistema (al poner en cuestión su capacidad para compensar suficientemente las desigualdades de promoción social en estos colectivos).

En la **exclusión social** el impacto es doble. Por un lado, porque abandonar la formación supone restar al individuo el desarrollo de sus capacidades de ciudadanía civil, política y social y otras capacidades genéricas que permiten una mayor adaptabilidad a entornos sociales diversos. Por otro lado, porque le aleja de su inserción sociolaboral: según la Estrategia Europea 2020 la mera finalización de los estudios obligatorios puede resultar insuficiente para garantizar la inserción en el mercado laboral lo que propicia que el indicador de abandono escolar sea considerado, por encima del fracaso escolar, un indicador prioritario en materia educativa (Choi y Calero, 2013).

En concreto, un mayor nivel educativo reduce el riesgo de desempleo, aumenta la empleabilidad y los ingresos relativos (OECD, 2013a). Es decir, la formación sigue siendo rentable en términos de empleo: desde 2011 la diferencia entre tasas de desempleo de personas con estudios primarios con respecto a los que finalizaron los estudios terciarios es de 20 puntos, las rentas salariales de las personas con estudios terciarios son un 40% superiores a las de aquellos que han finalizado la segunda etapa de Educación Secundaria y un 60% más que las que han completado la primera etapa de Educación Secundaria o un nivel inferior (MECD, 2013).

El impacto del abandono escolar en la **equidad** de nuestro sistema educativo es determinante por cuanto no afecta con la misma intensidad a todos los alumnos. Según la literatura al respecto, (Choi y Calero, 2013, Fernández Enguita et al 2010, Marie-Klose, 2009, Calero et al, 2007) o los sucesivos informes PISA, en general, las posibilidades educativas de nuestro alumnado dependen de **factores culturales, socioeconómicos y educativos**.

Entre los factores culturales y socioeconómicos, nos referimos al capital cultural de las familias (su formación académica, los recursos educativos del hogar o el grado de implicación de las familias en la educación de sus hijos/as), a su capital socioeconómico, incluida la categoría socioprofesional, o al lugar de origen de los padres, especialmente si son inmigrantes de primera generación. Sirvan a tal efecto dos datos: los alumnos más desfavorecidos económicamente en un mismo centro educativo tuvieron un rendimiento de 27 puntos inferior a los alumnos más favorecidos en 2012 (en la OCDE fue de 19 puntos) y la diferencia en el

⁹ el país, 11 abril 2014. Disponible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/11/actualidad/1397211917_985641.html.

A partir de la LOMCE se podrá acceder a FP de grado medio teniendo el título de FP Básica (art. 41.1), para el cual a su vez no se exige el graduado en ESO

rendimiento de matemáticas entre los alumnos inmigrantes y nativos fue de 36 puntos en 2012 ya descontado su estatus socioeconómico) (OECD, 2014b).

Entre los factores educativos relacionados con la institución académica que pueden incidir en el rendimiento escolar del alumnado destacan la capacidad de los docentes, la falta de vías de continuidad en la formación para quienes no se gradúan en la ESO o el abuso del suspenso y, sobre todo, de la repetición de curso (35% de los alumnos de 15 años en España; 13% en OCDE) claramente desaconsejada por la OCDE por su alto coste¹⁰, estigmatización social y el efecto desánimo en el progreso hacia la educación posobligatoria (Fernández Enguita et al 2010). A este respecto, convendría reflexionar sobre cómo el abuso del suspenso y nuestra muy baja tasa de graduados en ESO en relación a la OCDE contrasta con un nivel de competencias de nuestros alumnos muy próximo, aunque claramente mejorable, a la media de esos países (España: 484 puntos, OCDE: 494 puntos según el informe PISA 2012) o incluso superior a países como EEUU (481) o Suecia (478 y una inversión educativa mucho mayor) (OECD, 2014 b).

Por último, en cuanto a la **eficacia** de nuestro sistema educativo, su capacidad para compensar suficientemente las desigualdades de promoción social de los colectivos más desfavorecidos sigue siendo limitada. Por un lado, porque el porcentaje de alumnos resilientes en España (6%), es decir, aquellos que vencen los pronósticos socioeconómicos desfavorables y obtienen un rendimiento superior al esperado, está por debajo de la media de la OCDE (6,5%) y ha descendido en 2 puntos desde 2003 (OECD, 2014 b). Por el otro, porque las diferentes reformas del sistema educativo y los distintos planes nacionales para reducir la igualdad en el acceso y la inclusión social¹¹ no han dado los frutos esperados en cuanto a rendimiento educativo y abandono prematuro de los estudios (OECD, 2014 a). Por el contrario, el abandono escolar parece haber sido más sensible a la coyuntura económica y a la del mercado laboral cuando éste oferta empleos y rentas salariales más inmediatas a los jóvenes de baja cualificación. Concretamente, el progresivo descenso del abandono escolar desde los 80 y principios de los 90, frenado en la posterior época de crecimiento económico, ha vuelto a reducirse en 8 puntos con la crisis económica coincidiendo con un mercado de trabajo menos atractivo y una percepción de la educación como forma temporal de evitar el desempleo (OECD, 2013a).

3.2. El impacto de las reformas y la crisis económica en el sistema educativo español

El impacto de la consolidación fiscal asociada a la crisis económica, las sucesivas reformas laborales y, desde 2012 los ajustes presupuestarios y reformas en el ámbito sanitario (RDL 16/2012 y RD 1192/2012) y educativo (RDL 14/2012; RDL 1000/2012, RDL 609/2013 y LOMCE)¹² están transformando el panorama de los servicios públicos en España.

Algunos datos básicos

¹⁰ Su coste anual por alumno repetidor se estima en más de 20.000 €, lo que supone casi el 8% del gasto total en educación primaria y secundaria, el tercer coste más alto de los observados, tras los Países Bajos y Bélgica (OECD, 2014b).

¹¹ Por ejemplo, Plan Estratégico Nacional de Infancia y adolescencia 2013-2016, el Plan Nacional de Acción para la inclusión Social 2013-2016, los Programas de Refuerzo, Orientación y Apoyo en 2005, modificado en 2010 o el Programa para la reducción del abandono temprano de la educación y la formación, de 2008.

¹² Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo; Real Decreto 1000/2012, de 29 de junio y Real Decreto 609/2013 por el que se establecen los umbrales renta y patrimonio familiar y las cuantías de las becas y ayudas al estudio y la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa- LOMCE).

En el ámbito de la educación, el impacto en el gasto público es evidente: el gasto público en educación ha disminuido en torno a 6.000 millones de euros y medio punto del PIB entre 2009 (5% del PIB) y 2013 (4,5% del PIB). Tal disminución ha sido especialmente intensa entre 2011 y 2013 con un descenso superior a 3500 millones de euros (MECD, 2013) lo que nos sigue situando por debajo de la media de los países de la OCDE y la UE28 (en 2011, España: 4,7%; UE28: 5,3%; OCDE, 5,8%). Por el contrario, el gasto público por alumno en la educación pública en España es superior al de la OCDE y al de la UE21 (en parte explicable a que tenemos una proporción menor de niños y jóvenes de 5 a 19 años, OECD, 2013a) si bien las diferencias a nuestro favor en relación a la UE28 en lo que se refiere a gasto anual total por alumno se han reducido considerablemente en tan solo dos años (en más de un 36% entre 2008 y 2010) (European commission, 2013) y ello sin tener en cuenta el impacto de los tres últimos años de la crisis.

En enseñanzas no universitarias, ha aumentado el número de alumnos matriculados, (un 7,7% en centros públicos y un 3,4% en centros privados y concertados entre los cursos 2009-10 y 2011-12), disminuido el de profesores en centros públicos (18.000 menos entre los cursos 2011-2012 y 2012-2013), en centros concertados y privados aumentó en casi 1000 profesores, MECD, 2013), empeorando así el número medio de alumnos por profesor en enseñanza no universitaria de 11,3 en 2009-10 a 12 en 2012-13 (aunque seguimos por encima de OCDE, 14 en 2010 y 13 en UE21, OECD, 2014 b)

Igualmente se ha producido una disminución de los beneficiarios de becas y ayudas al estudio en más de 500.000 personas entre los cursos 2009-2010 (1.676.358) y 2012-2013 (1.165.619) especialmente intenso en las ayudas al estudio desde el curso 2011-2012. En concreto, si bien en el periodo 2009-2012 ha aumentado un 16% la cuantía de las becas y sus beneficiarios un 13% (por el contrario han disminuido las ayudas al estudio y sus beneficiarios en un 46% y 60% respectivamente) será entre los cursos 2011-12 y 2012-2013, coincidiendo con el cambio de gobierno, cuando la caída de las becas y ayudas sea más intensa al disminuir las becas un 8% y los beneficiarios un 3,1% (las ayudas al estudio cayeron un 47% y 59%-respectivamente).

Medidas de ajuste y cambio de las reformas

El Real Decreto-ley 14/2012 ha precipitado el deterioro de la inversión en educación en España. Como consecuencia del ajuste, según el Programa Nacional de Reformas de 2014 los presupuestos de las CCAA en educación han descendido en su conjunto un 1,4% entre 2013 y 2014 y el impacto del RDL en la consolidación fiscal en el período 2012-2013 fue de 4.630 millones.

Tal RDL, aprobado de forma unilateral por el gobierno y diseñado bajo el paraguas de la "eficiencia" y la "racionalización" del sistema, contempla medidas de ajuste en los recursos humanos y en el gasto de la educación universitaria y no universitaria. Entre las primeras destacan la ampliación del plazo mínimo de 3 a 10 días para la sustitución temporal de profesorado, el aumento del límite legal de alumnos por aula del 10% al 20%, la ampliación del límite de horas lectivas del profesorado no universitario sustituyendo el máximo de 25 horas en Primaria y 21 en Secundaria por un mínimo de 25 horas lectivas en Infantil y Primaria y 20 en Secundaria, y la del profesorado universitario si no acreditan una labor investigadora suficiente, o la congelación de la oferta de empleo público con la limitación al 10% de la tasa de reposición en las Universidades. Entre las segunda se contemplan, entre otras, medidas de congelación o reducción de complementos, subidas del precio de las escuelas infantiles de 0 a 3 años, mayor disciplina presupuestaria en las universidades públicas o subidas de tasas Universitarias.

En cuanto a las becas, los Reales Decretos 1000/2012, de 29 de junio, y 609/2013, de 2 de agosto por el que se establecen los umbrales de renta y patrimonio familiar y las cuantías de las becas y ayudas al estudio pretenden establecer un sistema más "eficiente" de adjudicación de becas y ayudas según nuevos criterios en los que tiene mayor peso el expediente académico del alumno. Con el RD 609/2013 se diseña la asignación de una cuantía mínima

dirigida a garantizar el derecho a la educación para aquellos alumnos que no superan unos niveles de renta incluyendo una parte variable que se distribuirá según una fórmula que combina renta y rendimiento, de forma que los estudiantes que obtengan mayores cuantías serán aquellos con renta más baja y mejor rendimiento (PNR, 2014).

Por último, en lo que respecta a la LOMCE, fue aprobada en 2013 con un escaso consenso en el parlamento y empezará a aplicarse durante el curso 2014-2015 con el objetivo principal de reducir de la tasa de abandono educativo temprano hasta el 15% en 2020. No se trata tanto de una reforma de recortes (económicos) a pesar de estar redactada en tiempos de crisis como de una reforma amparada en patrones ideológicos concretos, como iremos desgranando, que se van perfilando en el análisis de sus principales líneas básicas: mayor orientación a los resultados académicos, una menor comprensividad al incluir itinerarios más flexibles y tempranos, la libertad de elección y la autonomía de los centros como ejes vertebradores del sistema, la racionalización de la oferta educativa o cambios en la gobernanza de los centros educativos. En concreto, se introducen evaluaciones finales en la educación primaria (sin efectos académicos), que en el caso de la ESO y Bachillerato será externa, diseñada por el Gobierno y necesario superar para la obtención de la titulación, se intensifica la carga lectiva en competencias como comprensión lectora, matemáticas, ciencia y tecnología, se limita la promoción de curso en ESO con tres o más materias suspensas, o con dos materias como Lengua Castellana y Literatura y Matemáticas de forma simultánea, y se crea un nuevo título de Formación Profesional Básica. El título tendrá dos años de duración, se podrá acceder a los 15 años, es decir, un año antes que con la ley anterior, sin haber superado la educación secundaria obligatoria, y permite seguir formando al alumno para retomar tales estudios o acceder a la Formación Profesional de Grado Medio¹⁴. En lo relativo a la gobernanza de los centros, se dota a los centros de mayor autonomía para desarrollar proyectos educativos orientados a resultados, y los Consejos Escolares pasan a ser órganos consultivos más que decisorios asignando la principal responsabilidad pedagógica y de gestión a los directores de los mismos quienes son elegidos por una comisión constituida con mayoría de representantes de la administración educativa¹⁵.

Principales impactos

La implementación de los RDL descritos y la futura puesta en marcha de la reforma educativa tendrán un impacto en los procesos analizados (cuasi-privatización, descentralización y extensión de la cobertura del sistema) y en la equidad del sistema educativo que conviene analizar.

1- En lo concerniente al impacto sobre la cuasi-privatización del sistema educativo, la extensión de medidas de privatización endógena y exógena en nuestro sistema educativo están profundizando en la mercantilización del sistema tanto en la gestión como en la provisión (Alegre y Subirats, 2013).

¹³ Con el fin de cumplir los objetivos Europa 2020 en la reducción de la tasa de abandono educativo temprano hasta el 15% en 2020 el gobierno también puso en marcha en 2012 dos planes de actuación específicos para la reducción del abandono escolar los que se destinó una dotación presupuestaria de 100 Millones de euros y se destinarán en 2014 en torno a 303 millones de euros del Fondo Social Europea (PNR,2014).

¹⁴ La FP Básica podría considerarse como una extensión de la Garantía Social de la LOGSE y los PCPI de la LOCE. Se reorganiza la ESO en dos ciclos (el primero formado por los cursos 1º, 2º y 3º- hasta ahora 1º y 2º-, y un segundo ciclo formado únicamente por 4º curso que contempla dos opciones: enseñanzas académicas para la iniciación al Bachillerato y enseñanzas aplicadas para la iniciación a la FP y se podrá obtener el título de graduado en la ESO por las dos opciones aunque contemplan pruebas diferentes.

¹⁵ En el proceso de selección participan la comunidad educativa y la Administración educativa mediante una comisión constituida, por un lado, por representantes de las Administraciones educativas, y por otro, en una proporción mayor del treinta y menor del cincuenta por ciento, por representantes del centro correspondiente.

Con respecto a las primeras, con la LOMCE se fomentan medidas como las siguientes que conciben la escuela como un modo de reproducción del sistema de mercado: una mayor autonomía de los centros, la libertad de elección de los centros por parte de las familias, el gerencialismo en la gobernanza de los centros educativos con un peso crucial de unos directores más profesionalizados y acreditados en el desarrollo de la función directiva, la publicación de los resultados (anonimizados) de las evaluaciones en los centros y así establecer clasificaciones entre los mismos, o la importancia del “espíritu emprendedor para el desempeño de actividades e iniciativas empresariales”.

Aun asumiendo su efecto positivo, aunque no demostrado, sobre una gestión más eficiente de los recursos, aspectos como la libertad de elección y la autonomía de centros educativos desarrollados en un contexto de crisis como el actual, como ya apuntamos, pueden tener un impacto no deseado sobre la igualdad de oportunidades de las clases sociales más desfavorecidas, más numerosas con las crisis, por varias razones: 1) porque las sitúa en peores condiciones de acceso al disponer de menos recursos para asumir mayores costes de transacción en su proceso de elección de centro, 2) por verse más excluidos de proyectos socioeducativos que, amparados en la mayor autonomía de los centros, se orientan hacia unas clases medias a las que muchos han dejado de pertenecer, y porque, 3) en la medida en la que las familias con menos capital económico y cultural tienen a ser más proclives al fracaso escolar éstas pueden dejar de ser atractivas para los centros educativos que compiten entre sí en base a indicadores de resultados académicos y una gestión de costes más estrictos.

Por el lado de la privatización exógena, la LOMCE ahonda en las estrategias convencionales de concertación de plazas públicas con centros educativos construidos con fondos privados ya que amplía la duración mínima de los conciertos educativos de los 4 a los 6 años para la educación primaria (mantiene la de 4 para el resto de casos) (art. 116.3), introduce la “demanda social” como variable a considerar para programar la oferta educativa o se “garantiza la existencia de plazas suficientes” (art. 109.2), sin hacer ninguna referencia a plazas públicas como si hacía la LOE.

Por otra parte, tanto la LOMCE como los ajustes contemplados en los RDL analizados contribuirán a agravar dos aspectos en expansión en los últimos años: 1) los sucesivos cambios realizados en la regulación de los conciertos educativos en las CCAA orientados a favorecer la libertad de elección modificando las áreas de influencia educativa de los centros y redefiniendo los criterios de asignación del alumnado a los mismos (Calero, 2012) y 2) el desarrollo de nuevos modos de concertación donde el sector privado minimiza los riesgos de su inversión y se los traslada a la administración pública. Tal es el caso de las CCAA¹⁶ donde, por razones ideológicas y de escasez de liquidez para invertir en escuelas públicas, los ayuntamientos tienen que ceder terrenos públicos para construir centros privados o se privatizan centros públicos ya construidos a cambio del pago de un canon mensual al ayuntamiento, o bien se contrata la gestión de escuelas infantiles públicas con empresas privadas pudiendo estas hacer uso de dicho espacio público fuera del horario escolar con actividades complementarias por las que podrían cobrar las cantidades oportunas (Díez, 2010).

Todo ello puede repercutir en un peso todavía mayor de los centros educativos privados en el conjunto de la oferta educativa (recordemos que España se sitúa entre los principales estados de la UE y de la OCDE en alumnado matriculado en centros concertados en la educación obligatoria) que puede tener implicaciones en la equidad del sistema si estas medidas no van acompañadas de la exigencia de retornos sociales a estos centros mediante la introducción de cláusulas de integración y medidas de control que garanticen una mayor escolarización de colectivos en exclusión social en dichos centros para reducir la reproducción de las diferencias socioeconómicas y la polarización social que generan.

¹⁶ Por ejemplo, el caso de Madrid en la que el porcentaje de gasto público en conciertos y subvenciones con centros privados sobre el total del gasto público no universitario pasó del 26% en 2010 al 29% en 2012.

2- En lo que se refiere al impacto de las reformas en la descentralización educativa, la LOMCE ha reabierto el debate político sobre la autonomía educativa de las CCAA al incluir medidas como 1) la centralización de competencias en evaluación a través de evaluaciones finales externas diseñadas por el gobierno en la ESO y Bachillerato, 2) la introducción de un mayor control de la administración central sobre el currículo con el mantenimiento de un 50% como mínimo de horas de contenidos troncales comunes y regulados por el Gobierno en todo el territorio (art. 6)¹⁷, o 3) la regulación del uso en la enseñanza de la lengua castellana y las lenguas propias oficiales de las Comunidades Autónomas.

Paralelamente, el proceso de consolidación fiscal y los RDL asociados están teniendo un impacto desequilibrante en la equidad interterritorial educativa. En primer lugar, porque el carácter lineal de los ajustes independientemente de los desequilibrios socioeconómicos de partida de las CCAA, en un contexto en el que los resultados académicos son en buena medida atribuibles a diferencias socio-económicas entre las regiones (OECD, 2013a) pueden estar teniendo un impacto significativo en la igualdad de oportunidades rompiéndose así la tendencia a la convergencia en el gasto público educativo observado entre las regiones entre 2000 y 2006 (Calero, 2012). En segundo lugar, porque las CCAA no están repercutiendo por igual los recortes a sus políticas de incentivos y ayudas al estudio en cuanto a desgravaciones fiscales, programas de gratuidad de libros o de apoyo específico de refuerzo de una segunda lengua extranjera.

En tercer lugar, porque las propias CCAA, amparadas en la discrecionalidad que les permite el RDL 14/2012, han adoptado con distinta intensidad las medidas que les permite la Ley en aspectos como el aumento de un 20% el número máximo de alumnos por clase (según el PNR 2013 solo van a aplicar esta medida 9 de las 17 CCAA), la oferta de bachillerato de sus centros educativos o el aumento de las tasas universitarias entre el 15% y el 25% de los costes en la primera matrícula de una asignatura.

Finalmente, la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, también supondrá una recomposición de las competencias educativas entre las administraciones públicas por cuanto las CCAA asumen competencias en educación propias de los Municipios (Disposición adicional decimoquinta). Según esta Ley, aunque los Municipios conservan competencias en la conservación, mantenimiento y vigilancia de los edificios de titularidad local, en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria y en la aportación de los solares necesarios para la construcción de nuevos centros docentes, sin embargo, dejarán de tener capacidad operativa en la programación educativa o en la construcción de centros de enseñanza. Aunque resulta prematuro precisar su impacto en el sistema educativo, tal redistribución de competencias en un contexto de incertidumbre económica, ajustes presupuestarios y reforma integral de la educación no universitaria puede introducir todavía más incertidumbre al sistema. La eficacia de su aplicación en buena medida dependerá de la leal colaboración entre las administraciones implicadas, de una correcta evaluación del coste de las transferencias realizadas y del grado de conciliación entre la racionalización del gasto y la aceptación de la diversidad y pluralidad de las realidades municipales:

3- En cuanto a la cobertura del sistema, la introducción de las evaluaciones finales contemplada en la LOMCE, con sustantivas implicaciones académicas en la ESO y

¹⁷ El art. 6 de la LOMCE también contempla que: " Para el segundo ciclo de Educación Infantil, las enseñanzas artísticas profesionales, las enseñanzas de idiomas y las enseñanzas deportivas, el Gobierno fijará los objetivos, competencias, contenidos y criterios de evaluación del currículo básico, que requerirán el 55 por 100 de los horarios escolares para las Comunidades Autónomas que tengan lengua cooficial y el 65 por 100 para aquellas que no la tengan". " En relación con la Formación Profesional, el Gobierno fijará los objetivos, competencias, contenidos, resultados de aprendizaje y criterios de evaluación del currículo básico. Los contenidos del currículo básico requerirán el 55 por 100 de los horarios para las Comunidades Autónomas que tengan lengua cooficial y el 65 por 100 para aquellas que no la tengan".

Bachillerato, también pueden tener un impacto negativo en el fracaso y abandono escolar. En el preámbulo VIII de la Ley se sostiene que “veinte países de la OCDE realizan a sus alumnos y alumnas pruebas de esta naturaleza y las evidencias indican que su implantación tiene un impacto de al menos dieciséis puntos de mejora de acuerdo con los criterios de PISA”. Aun asumiendo tal “evidencia” habría que contrastar si tiene relación con la igualdad de oportunidades con las que dichos alumnos concurren a tales pruebas. Este no parece ser el caso de nuestro sistema educativo si tenemos en cuenta que, como hemos comentado, nuestro sistema educativo ha retrocedido en resiliencia desde 2003 y que las posibilidades educativas de nuestro alumnado dependen en buena parte de factores socioeconómicos. Tales evaluaciones de “todo o nada” basadas únicamente en competencias cognitivas y en un contexto de creciente desigualdad social propiciarían una escuela más procústea, menos ergonómica, por cuanto prevalecería la adaptación del alumno normalizado a los objetivos, métodos y ritmos de la escuela sobre lo contrario (Enguita, Mena y Riviere, 2010).

Por el contrario, el impacto de la LOMCE en relación a los cambios introducidos en su comprensividad resulta más incierto. Una menor comprensividad no garantiza un menor abandono escolar (Alegre y Subirats, 2013: pp278) sobre todo cuando se puede elegir itinerario antes de la educación secundaria superior (OECD, 2012,b). Sin embargo, hacer más atractiva la Formación Profesional a través de la nueva FP básica, como pretende la LOMCE, introduciendo un acceso más flexible que permita las transiciones entre estudios académicos a profesionales para retener a los estudiantes en el sistema educativo, podría tener consecuencias positivas en la reducción del abandono escolar, sobre todo si van acompañadas de expectativas de rentas poco atractivas en el mercado laboral. Impacto positivo previsible al menos en términos estadísticos ya que los titulados en la nueva FP Básica técnicamente no estarían incluidos en el porcentaje de abandono escolar temprano (es decir entre las personas de 18 a 24 años que no están escolarizados y tienen un nivel de ESO o menor) por cuanto se les considerará en un escalón por encima de la ESO, a pesar de no haber conseguido el título de enseñanza obligatoria. Del mismo modo, el acceso a FP de grado medio a través de la FP Básica, para la cual no se requiere el graduado en ESO, también facilitará el aumento de la escolarización, todavía muy baja en España en comparación con otros países de nuestro entorno aunque ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años ante la falta de expectativas laborales.

En cuanto al impacto de los recortes contemplados en el RDL 14/2012, RDL 1000/2012, RDL 609/2013 (en plantillas docentes, ratio de alumnos por aula, acceso a las becas, precio de las matrículas o en transporte y comedores escolares) al producirse en el actual contexto de creciente pobreza infantil y desigualdad pueden tener un impacto irreversible en la desigualdad educativa y, dado su carácter inercial, incidir a su vez en los niveles agregados de desigualdad social (Calero et al 2007).

Aunque la evaluación cuantitativa de su impacto en el sistema requiere una perspectiva temporal más amplia, tanto la creciente demanda de ayuda económica a organizaciones de acción social para cubrir necesidades básicas de material escolar, comedor y transporte (Caritas,2013) como valoraciones cualitativas realizadas en centros donde se aplican los recortes (Poy, 2011) ya apuntan hacia la desmotivación de la comunidad educativa, la insuficiencia de medios en la atención a la diversidad y en programas de lucha contra el abandono escolar y el pesimismo sobre la capacidad del sistema para mejorar el rendimiento académico como principales efectos de los recortes.

La combinación de medidas como más alumnos por aula, la dilación en los plazos de sustitución del profesorado, y la congelación de nuevas plazas de profesorado pueden llevar al colapso a algunos centros educativos que se ven abocados a no poder cubrir las ausencias o a hacerlo con profesorado menos afín a los contenidos vacantes, así como a la realización de menor número de actividades complementarias en el aula, o fuera de ella. Ello supone una merma de la misma calidad educativa que pretende mejorarse con una ley como la LOMCE (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa) que, paradójicamente y al igual que la otrora

frustrada LOCE (Ley Orgánica de Calidad de la Educación), incluye este adjetivo en su denominación jurídica.

En lo relativo a la modificación de los criterios de asignación de las becas y ayudas al estudio del RD 609/2013 en los que se tiene más en cuenta el expediente académico del alumno, puede ir en detrimento de la igualdad de acceso y la compensación de desigualdades al suponer una reducción importante con respecto a las becas del curso 2012-2013, porque no cubren mínimamente necesidades como la de residencia y hacen depender la cobertura mínima de esas necesidades de una asignación competitiva según el expediente, lo que genera inseguridad en el actual contexto económico de las familias (Consejo Escolar del Estado, 2014).

3.3. Retos y propuestas a favor de la equidad y eficiencia del sistema educativo

La reconfiguración del arco parlamentario desde noviembre de 2011 y el proceso de consolidación fiscal han precipitado una serie de reformas tanto de ajuste del gasto en educación (RDL 14/2012) y de recomposición de las competencias educativas entre las administraciones públicas (Ley 27/2013) como de reforma del sistema educativo (LOMCE). Todas ellas aprobadas fuera del consenso político y social: las reformas de ajuste como respuesta a las imposiciones de la troika, la reformas del sistema educativo como respuesta a la “ansiedad” provocada por los informes PISA¹⁸.

Al igual que en la sanidad, resulta necesario que las reformas que afectan a la educación se sustenten bajo un pacto entre los actores sociales implicados tanto en términos de eficiencia económica como en la equidad del sistema.

En términos de eficiencia económica, el volumen de gasto educativo no universitario, aun siendo de gran relevancia, por sí mismo, y una vez superado un determinado umbral de gasto no parece tener un impacto determinante en el rendimiento escolar (Alegre y Subirats, 2013). Esto podría explicar en cierto modo que países como España, partiendo de un gasto público por alumno similar que otros países, tengan altas tasas de abandono escolar (Andrés y Rogero, 2011).

Aunque cualquier insuficiencia de recursos en la actualidad puede tener graves consecuencias para el capital de aptitudes a medio y largo plazo (Comisión Europea, 2012) su uso eficiente probablemente dependerá no tanto del volumen como de la definición adecuada de las prioridades de gasto (Alegre y Subirats, 2013) entre las que destacaríamos las siguientes: una mayor inversión en la educación preescolar para prevenir el fracaso escolar (la inversión pública per cápita en la UE es más baja que en el resto de etapas, Comisión Europea, 2012), el desarrollo de un sistema de becas según el nivel renta para los alumnos escolarizados en enseñanzas profesionales de grado medio¹⁹ o programas de detección temprana de dificultades de aprendizaje (Andrés y Rogero, 2011).

Desde la vertiente de la equidad, de lo descrito hasta ahora podríamos convenir que la inversión en educación y las reformas educativas, junto a otros factores como la coyuntura económica y los costes de oportunidad del mercado laboral en relación al sistema educativo, la propia estructura sociodemográfica de las familias o su capital cultural son, entre otros, factores sustantivos en el logro de la equidad y en la capacidad del sistema para compensar las desigualdades educativas.

¹⁸ The Guardian, Tuesday 6 May 2014, (en línea)

<http://www.theguardian.com/education/2014/may/06/oecd-pisa-tests-damaging-education-academics>

¹⁹ Alegre Canosa, M. A. (2010): “Los factores del abandono educativo temprano. España en el marco europeo”, *Revista de Educación*, nº extraordinario, pp 65-92, citado en Andrés y Rogero (2011).

En la medida en la que los factores socioeconómicos de las familias tienen un peso sustantivo en el abandono escolar, la política educativa orientada a garantizar la igualdad de oportunidades tendrá que incidir en tales factores no solo dentro de los centros educativos sino también fuera del ámbito escolar (Mari-Klose, 2009).

Fuera de la escuela mediante políticas de lucha contra la exclusión y la pobreza infantil.

Dentro de la escuela, dotándola de una mayor ergonomía para adaptarse a los diferentes aptitudes y ritmos de maduración de las personas, favoreciendo el tránsito de un modelo de integración uniforme como el nuestro (con un tronco común donde la gestión de la diversidad se articula en buena medida con repeticiones de curso y las agrupaciones de nivel) hacia otro de integración individualizada que utiliza metodologías pedagógicas más personalizadas²⁰. Para ello se propone potenciar las siguientes medidas:

1. La intervención temprana o el refuerzo de programas de compensación educativa (OECD, 2012, b; Andrés y Rogero, 2011, Choi y Calero, 2013) y de capacitación de profesionales en dichos programas (Comisión Europea, 2012); seguimiento de estudiantes con riesgo de abandono escolar o programas de refuerzo asistido incluidas medidas de apoyo al estudio para la realización de las tareas escolares en alumnado con familias desestructuradas.
2. Administrar la libertad de elección de centro para evitar la segregación y el aumento de las desigualdades, introduciendo un mayor control en los criterios de selección de los centros concertados para garantizar la equidad en el acceso y facilitando la toma de decisiones de las familias más desfavorecidas mejorando su acceso a la información sobre los centros (OCDE, 2012,b):
3. Reforzar una educación infantil de "alta calidad, accesible y abordable" dado el positivo impacto en el desarrollo de competencias básicas y resultados educativos posteriores (Comisión Europea, 2012).
4. Disminuir la tasa de repetición de curso, especialmente alta y costosa entre los alumnos de 15 años españoles en comparación con nuestro entorno (35%, OCDE: 13%) y más intensa entre los alumnos más desfavorecidos socio-económicamente. La propia OCDE recomienda permitir un pase automático de curso o la repetición solo de asignaturas concretas, favoreciendo un cambio cultural contra la repetición concienciando a las escuelas y la sociedad sobre el efecto estigmatizador en los estudiantes y los costes asociados que genera y potenciando programas de refuerzo para abordar las lagunas de aprendizaje durante el año lectivo (OECD,2012b).
5. Desarrollar prácticas pedagógicas innovadoras que han demostrado su eficacia en alumnos de bajo rendimiento o en situaciones de exclusión social. Tal es el caso de las comunidades de aprendizaje mediante las cuales se establecen vínculos con las comunidades, autoridades y asociaciones del entorno próximo a la escuela potenciando los vínculos y participación en el aula de las familias en desventaja (más propensas a involucrarse menos en la escolaridad de sus hijos, OECD, 2012 b). Hay numerosas experiencias puestas en marcha con financiación europea a través de proyectos del VI Programa Marco de la Comisión Europea como INCLUD-ED (*Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education,2006-2011*) (Flecha et al, 2009; Munté et al, 2011).
6. Reforzar el aprendizaje mutuo entre países de la UE en el marco del Método Abierto de Coordinación para la educación y la formación de la UE (Comisión Europea, 2012) apoyándose en evaluaciones de los sistema educativos multidisciplinares, tanto cualitativas como cuantitativas, que valoren los avances no solo en las competencias cognitivas, como sucede con los informes PISA sino también otras no cuantificables

²⁰ Dupriez, V, Dumay, X. y Vause, A. (2008): "How Do Schools System Manage Pupils'Heterogeneity", *Comparative Education Reviews*, 52, pp 245-273, .citado en Alegre y Subirats, 2013, p.264.

como las inteligencias múltiples (espacial, musical, social o emocional), el desarrollo moral, creativo y de la participación cívica²¹.

7. Establecimiento de una aportación mínima de gasto público en educación para poder garantizar un nivel básico de igualdad de inputs y outputs educativos para los alumnos de las diversas CCAA (Calero, 2012) y minimizar así el impacto de la consolidación fiscal en las desigualdades educativas interterritoriales.

Por último, modernizar los sistemas de evaluación aprovechando el potencial de las TIC orientándolos al apoyo del aprendizaje con fines formativos (Comisión Europea, 2012) y no tanto con fines revalidantes.

4. Conclusiones finales

La tensión entre las lógicas redistributiva, privatizadora y descentralizadora han estado presentes en el debate sobre los sistemas sanitarios y educativo incluso desde antes de la crisis. Desde mayo de 2010, la consolidación fiscal y la devaluación interna impuesta por la Troika comunitaria han intensificado dicha tensión y precipitado la agenda reformista de recortes en la sanidad y la educación con impactos profundos en su sostenibilidad, equidad y calidad.

La reforma sanitaria está teniendo un impacto negativo tanto en la cobertura del sistema como en su configuración institucional, desplazando el gasto sanitario a los hogares y las organizaciones sociales y penalizando especialmente a colectivos muy vulnerables como los inmigrantes indocumentados, enfermos crónicos o jóvenes mayores de 26 años desempleados. En la cobertura del sistema, mediante la exclusión de determinados colectivos de la población (inmigrantes indocumentados), introduciendo un mayor copago en medicamentos (incluido el hospitalario) para la población pensionista y la población activa. Medidas que se han demostrado de dudosa eficacia en recaudación y demanda de servicios sanitarios.

En el modelo institucional, porque la atención sanitaria asistencial para las personas sin recursos, el aseguramiento privado y la atención informal vía ONG van ganando peso introduciendo en el sistema sanitario una polarización excluyente en función de la capacidad adquisitiva.

En el ámbito de la educación, las reformas de racionalización del gasto y de ordenación del sistema educativo también están teniendo consecuencias en la equidad del sistema.

En primer lugar porque, mientras la LOMCE tiende a recentralizar competencias educativas imponiendo un currículo básico o evaluaciones comunes a las CCAA, el RDL 14/2012 permite “descentralizar” algunos recortes en materias como los alumnos por clase, la oferta de bachillerato o las tasas universitarias a los cuales pueden o no acogerse las CCAA. Como se ha puesto de manifiesto las diferencias en los resultados académicos entre las CCAA responden en más de un 85% de los casos a sus diferencias socioeconómicas (OECD, 2013a). De no corregirse estas diferencias, la combinación de políticas de homogeneización del currículo y las evaluaciones a nivel de todo el Estado con la imposición de ajustes de gasto lineales entre las regiones y una amplia discrecionalidad en las medidas de recorte educativo pueden agravar la inequidad educativa interterritorial tanto en el acceso al sistema educativo como en los resultados académicos.

En segundo lugar, porque la proliferación de medidas de privatización endógena y exógena como la libertad de elección y la autonomía de centros educativos o el impulso de la concertación, cuando se desarrollan en un contexto de crisis como el actual, pueden tener un impacto no deseado sobre la igualdad de oportunidades de las clases sociales más

²¹ The Guardian, Tuesday 6 May 2014, op. cit.

desfavorecidas. Por un lado, porque sus costes de transacción en el proceso de elección de centro son más altos. Por el otro, porque pueden resultar menos atractivos para los centros educativos, que tenderán a competir sobre indicadores de resultados académicos y una gestión de costes más exigentes. Para minimizar su impacto sugerimos administrar la libertad de elección de centros introduciendo cláusulas de integración y medidas de control en los criterios de selección, especialmente en los centros concertados, para evitar que se reproduzcan tanto la polarización social como las diferencias socioeconómicas. Entre dichas medidas de control no contemplamos que la administración central se reserve la elección del director (así lo contempla la LOMCE) por cuanto se trata de un medida de control más administrativo que pedagógico.

Por último, aunque la mayor flexibilidad de itinerarios en la formación profesional que diseña la LOMCE podría tener un impacto positivo en la cobertura del sistema, parece que no tendrá el mismo efecto la introducción de pruebas de evaluación final con efectos académicos en la ESO y Bachillerato. En la medida en la que los factores socioeconómicos de las familias tienen un peso sustantivo (que no determinante) en el abandono escolar y en los resultados académicos, mientras no se incida previamente en ellos no se conseguirá que las familias más desfavorecidas lleguen en igualdad de condiciones a dicha evaluación final, y para las cuales ésta será un obstáculo más en su movilidad social. En este sentido, proponemos priorizar la inversión en educación en programas de compensación educativa y en el desarrollo de prácticas pedagógicas innovadoras eficaces en alumnos de bajo rendimiento, ambas desde una perspectiva más individualizada y ergonómica.

En definitiva, hemos constatado como el avance de la mercantilización junto a las medidas de ajuste en los sistemas sanitario y educativo no siempre son pacíficas con la equidad y la igualdad en el acceso. Las reformas analizadas, aprobadas con un escaso consenso, pueden socavar la cohesión social y tener un impacto significativo en la movilidad y exclusión social de las personas más vulnerables en España en los años venideros. Convenimos, por lo tanto, que resulta necesario diseñar reformas educativas y sanitarias pactadas entre los actores sociales implicados que concilien la eficiencia económica con la equidad del sistema.

5. Bibliografía

ALEGRE, M.A. y J. SUBIRATS (2013): "Sistemas y políticas educativas comparadas: Transformaciones, convergencias y divergencias en los países occidentales", en Del Pino y Rubio (2013): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*, pp.262-290, Madrid: Tecnos.

ANDRÉS, M. y J. ROGERO (2011): "La inversión pública en educación en España: diagnóstico y prioridades", *Documentación Social*, nº163, pp. 107-124.

BENACH, J. (2012): "Avanzar al pasado: la sanidad como mercancía". *Diario El País* 16 de agosto de 2012.

CABASES, J. M. (2013): "La sanidad pública". En VVAA: *estado europeo de bienestar; retos para Euskadi en el siglo XXI*. Vitoria: Eurobask y Parlamento Vasco.

CABASES, J.M. Y J. OLIVA (2011): *El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre la economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario*. Cuadernos Económicos. Madrid: Funcas.

CALERO, J. (2012): "Educación y políticas educativas en el estado de las autonomías", *Informe comunidades autónomas*, Nº. 2012, págs. 121-150

CALERO, J. (dirección), ORIOL, J.; WAISGRAIS, S. Y MEDIAVILLA, M. (2007): *Desigualdades socioeconómicas en el sistema educativo español*, Madrid: MEC.

CARITAS (2013): VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social: empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece, Madrid: Cáritas.

CASAS, F. (2011): "Mercado de servicios y Servicios de interés general en la Unión Europea", Boletín informativo trabajo social, nº 15.

CHOI, A. y J. CALERO (2013): "Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España en PISA-2009 y propuestas de reforma", *Revista de Educación*, 362. Septiembre-diciembre 2013, pp. 562-593.

COMISIÓN EUROPEA (2004): Comunicación de la Comisión, de 20 de abril de 2004 - Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación» COM (2004) 304, final. Comisión Europea.

COMISIÓN EUROPEA (2012): "Un nuevo concepto de educación: invertir en las competencias para lograr mejores resultados socioeconómicos", COM (2012) 669 final.

COMISIÓN EUROPEA (2013): "Informe prospectivo anual sobre el crecimiento 2013". Bruselas: Comisión Europea. Bruselas, 13.11.2013. COM(2013) 800 final.

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (COMISIÓN DE POLÍTICA SOCIAL Y EMPLEO): "Comparecencia del señor Presidente de la Comisión de Expertos encargada del análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud (Abril Martorell), para informar de las conclusiones de la citada Comisión, creada por resolución de esta Cámara de fecha 13 de febrero de 1990. Solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista (número de expediente 219/0002§1).

CONSEJO ESCOLAR DEL ESTADO (2014): Dictamen 7/2013 al Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los umbrales de renta y patrimonio familiar y las cuantías de las becas y ayudas al estudio para el curso 2013-2014, MECD.

COSTAS LOMBARDÍA, E. (2012): "Sanar la sanidad". Diario El País, 17 de mayo de 2012.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2014): "Informe Anual a las Cortes Generales 2013". Madrid: Defensor del Pueblo.

DÍEZ, E (2010): "La globalización neoliberal y sus repercusiones en educación", *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, nº 13, pp 23-38.

ENGUITA, M, L. MENA y J.RIVIERE (2010): *Fracaso y abandono escolar en España*, Barcelona: Fundación La Caixa.

ESTEFANÍA, J. (2011): "La economía del miedo. Madrid: Galaxia Gutenberg.

EUROPEAN COMMISSION (2013): *Education and Training Monitor*, 2013, Spain,

FADSP (2012): "Informe. El copago en el sistema nacional de salud español".

FLECHA, A., *et al.*, (2009): "Participación en escuelas de éxito: una investigación comunicativa del proyecto Includ-ed", *Cultura y Educación*, 2009, 21 (2), 183-196.

FRÍAS DEL VAL, A. (2007): "El currículo escolar y la descentralización educativa en España", *Revista de Educación* nº 343, pp.199-222.

FUNDACIÓN 1 DE MAYO (2014) Anuario 2014 F1M: 'La sociedad postcrisis: de la inclusión a la exclusión social'. Madrid: F1M.

GUILLÉN, A. M. (1996): "Políticas de reforma sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia". Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.

JEFATURA DEL ESTADO: Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo, BOE 21 de abril de 2012.

JEFATURA DEL ESTADO, LOMCE (2013): Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, BOE 10 de diciembre de 2013.

MARÍ-KLOSE, P (2009) (dir): Informe de la Inclusión Social en España 2009, Barcelona: Caixa Catalunya.

MARTÍN GARCÍA, M. (2014) El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes. Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo 183/2014.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (MECD) (2013): Datos y cifras Curso escolar 2013/2014. Madrid: MECD.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE: Real Decreto 1000/2012, de 29 de junio, por el que se establecen los umbrales de renta y patrimonio familiar y las cuantías de las becas y ayudas al estudio, para el curso 2012-2013 y se modifica parcialmente el Real Decreto 1721/2007, de 21 de diciembre, por el que se establece el régimen de las becas y ayudas al estudio personalizadas, BOE 5 de julio de 2012.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE: Real Decreto 609/2013, de 2 de agosto, por el que se establecen los umbrales de renta y patrimonio familiar y las cuantías de las becas y ayudas al estudio para el curso 2013-2014, y se modifica parcialmente el Real Decreto 1721/2007, de 21 de diciembre, por el que se establece el régimen de las becas y ayudas al estudio personalizadas.

MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, BOE 24 de abril de 2014.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

MORENO FUENTES, F.J. (2009): "Del sistema sanitario de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud descentralizado" Moreno, L. (ed.) *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.

MORENO FUENTES, F.J. (2013): "Políticas sanitarias en perspectiva comparada. Descentralización, mercados y nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario". En E. del Pino y M^a j. Rubio Lara (editoras). *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.

MUNTÉ, A., O. SERRADELL. y A. FLECHA (2011): "Las comunidades de aprendizaje", *Documentación Social*, nº163, pp. 145-160.

NAVARRO, V. (2005) La situación social de España. Madrid: Biblioteca Nueva.

NAVARRO, V. (2007) Informe del Observatorio Social de España. El Estado de Bienestar en España y las CCAA. Análisis de indicadores claves

OECD (2010): PISA 2009 Results Overcoming Social Background Equity In Learning Opportunities And Outcomes, Volume II, OECD, Paris.

OECD (2012): *Education at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing.

OECD (2012b), *Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*, OECD Publishing.

OECD (2013a): *Education at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.

OECD (2013b): *Health at a glance 2013*. Paris: OECD.

OECD (2014a): *Education policy outlook*, Spain, OECD Publishing.

OECD (2014b): PISA 2012 Results: Creative Problem Solving: Students' Skills in Tackling Real-Life Problems (Volume V), PISA, OECD Publishing.

ORÉ AGUILAR, G. (2012): "Derechos sociales; el otro déficit". Diario El País, 7 de mayo de 2012.

PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DEL REINO DE ESPAÑA 2013-2016.

POY, R. (2011): "Las limitaciones del gasto en educación: a quién beneficia", *Documentación Social*, nº163, pp. 85-105.

REY DEL CASTILLO, J. (2011): "Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud". Madrid: Fundación Alternativas.

ROGERO, J. (2011): "Las limitaciones del proceso de inclusión: fracaso, abandono y desobediencia", *Documentación Social*, nº163, pp. 35-62

SÁNCHEZ BAYLE M (1996) (ed): El sistema sanitario en España: evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Madrid: Los libros de la Catarata.

SÁNCHEZ BAYLE, M. (2014): La privatización de la asistencia sanitaria en España". Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo 182/2014.

WILKINSON, R. & K. PICKETT (2011): Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva, Madrid: Turner.



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA



Caritas