

# **Gobernando la sociedad del riesgo: los efectos del COVID-19 en España**

Governing the risk society: the effects COVID-19 in Spain

Por

Manuel SÁNCHEZ DE DIOS

Universidad Complutense de Madrid- ESPAÑA

## **Abstract:**

En esta ponencia se estudian los efectos de la pandemia COVID-19 sobre las política sanitaria y laboral en el caso español. Se toma como criterio de análisis el concepto de riesgo social en su vertiente de sociedad del riesgo y los nuevos riesgos sociales. Partiendo de que la política social en España se ha ido adaptando con el paso del tiempo a las demandas planteadas por los cambios sociales, demográficos y económicos se trata de observar si la pandemia ha agudizado los retos que tiene planteados o ha introducido nuevos problemas. La pandemia ha determinado la adopción de medidas extraordinarias rápidas y eficaces respecto de la organización sanitaria y el mercado de trabajo, pero se pueden considerar coyunturales, es decir, no ha modificado las tendencias pre-pandemia. Ha producido un reforzamiento de la toma de decisiones centralizadas en un modelo de organización federal y ha llevado a una fuerte coordinación en el marco de la Unión Europea, particularmente en el aspecto financiero, que ha sido muy relevante para el control de la pandemia, para reactivar la economía e impedir que se produjera una catástrofe.

*Ponencia para el 21 Congresso Brasileiro de Sociologia del 11 al 14 de julio de 2023  
Belem, Estado de Pará- BRASIL*

## 1.- INTRODUCCIÓN

La declaración por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020 de que el Covid-19 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) hizo tomar conciencia a la población y a los gobernantes del grave problema que representaba la infección y se puso en marcha a nivel mundial la adopción de medidas para combatirla. En España el Gobierno adoptó una medida radical que fue la declaración del “estado de alarma” el 14 de marzo de 2020, como una medida de carácter excepcional prevista en el artículo 116 de la Constitución limitadora de derechos, que se prorrogó en varias ocasiones. A partir de este momento se inició un proceso para controlar la propagación de la infección, para combatirla y para mantener el tejido productivo evitando que la pandemia produjera el colapso de la economía. En consecuencia se adoptaron un conjunto de regulaciones y medidas que se concretaron en “un potente caudal de normas” legislativas y administrativas especialmente en los ámbitos sanitario y laboral con un desarrollo complejo y que a veces generó cierta inseguridad jurídica (Cavas, 2020:104)

El contexto en el que se desarrolló este proceso tiene varios elementos a considerar. El primero es que España forma parte de la Unión Europea desde 1986 a la que ha cedido parte de su soberanía en el sentido de que las instituciones europeas adoptan medidas de obligado cumplimiento en el país. Por otro lado, a nivel europeo se coopera y coordina la actividad de los 27 Gobiernos que componen la Unión y se deciden y comparten las políticas económica, monetaria, agraria, etc. pues hay una integración política fundamentada en la democracia parlamentaria que se acompaña de una integración económica fundamentada en la economía de mercado y en la libre circulación de personas y de bienes y servicios.

El segundo elemento es que España tiene un sistema descentralizado federal y el territorio está articulado por 17 Comunidades Autónomas (CCAA) que tienen autonomía política; estas disponen de sus propios órganos legislativos y ejecutivos y un marco de competencias sobre las que tienen plena capacidad legislativa. En tercer lugar, hay que tener en cuenta que el sistema político opera en el marco de un régimen parlamentario en el que el Gobierno, o poder ejecutivo, depende de la mayoría existente en la cámara baja del parlamento, en el Congreso de los Diputados. En el periodo de la pandemia COVID-19 el Gobierno ha estado dirigido por una coalición de tipo

minoritario, es decir que depende de la formación de mayorías *ad hoc* para aprobar las distintas medidas legislativas, como es la declaración del estado de alarma, si bien el Gobierno puede adoptar Decretos Leyes por razones de urgencia que deben ser convalidados por el Congreso. Justo antes del inicio de la pandemia había comenzado una nueva legislatura y se había formado por primera vez un gobierno de coalición de izquierdas (PSOE- Unidas Podemos) de tendencia socialdemócrata (Maravall, 2023) quedando el partido socialista (PSOE) con la presidencia del gobierno.

Para analizar la cuestión y realizar la interpretación del caso en esta ponencia se toman los puntos de vista de la teoría de la “sociedad del riesgo” y la de “los nuevos riesgos sociales”. Los datos cuantitativos se consideran desde la estadística descriptiva. Como señala N. Luhman (2011) el concepto de riesgo se ha impuesto en la ciencias sociales desde la economía. Se orienta por dos ideas: una es que la acción se origina por unas “expectativas subjetivas de beneficio”; otra es que la acción errónea o equivocada no debe llevar a superar el umbral del infortunio, el cual se experimentaría como una catástrofe. Una perspectiva más sociológica implica concebir el riesgo como un problema en el que los daños se deben evitar en lo posible.

Siguiendo a U. Beck (2011) se entiende que la “sociedad del riesgo” emerge tras la época industrial, cuando los conflictos producidos por distribución de bienes sociales son superpuestos por los conflictos de distribución de los “daños colectivamente producidos”. Este concepto alude a los problemas que genera la sociedad moderna industrial como los peligros ecológicos, químicos o genéticos producidos por decisiones políticas, económicas, técnicas, etc. cuyo ejemplo paradigmático es la “catástrofe” del reactor atómico de Chernobil de 1986. En principio no se considera que el COVID-19 - como otras epidemias del tipo EBOLA (2014-16)- sea resultado de una decisión adoptada racionalmente, sin embargo, si se puede valorar el contexto globalizador en el que vive la humanidad como un riesgo que facilita la expansión de la pandemia (China se ha convertido en un centro industrial para occidente), además de otros factores como la expansión del transporte de personas, las migraciones o el cambio climático. Del otro lado, en la perspectiva racionalista de la modernidad a la que alude Beck, tenemos la capacidad organizativa global para combatir los efectos indeseables de la pandemia. Este es el sentido en el que se considera el gobierno de la sociedad del riesgo en esta ponencia. En ella se trata de considerar si la pandemia ha tenido la trascendencia de un riesgo que

no llega a ser una catástrofe en el caso español y mas allá, es decir, en el contexto europeo y global pro la acción coordinada del Gobierno español y europeo.

La teoría de los “nuevos riesgos sociales” se refiere a los Estados de bienestar post-industriales, es decir, de los llamados Estado de bienestar maduros, particularmente europeos, entre los que situamos al español tras su gran desarrollo en el último tercio del siglo XX bajo parámetros socialdemócratas. Tras la postguerra mundial se desarrollaron las políticas sociales que dieron provisión a las necesidades sociales que no se satisfacían a través del mercado, como es la pérdida de ingresos por jubilación, enfermedad, incapacidad y desempleo o que se consideraban que debían ser atendidas por el Estado como las educación o la sanidad. De esta manera quedaba justificada la intervención del Estado en la economía con políticas keynesianas para apoyar a los ciudadanos “desde la cuna hasta la tumba” en palabras de W. Beveridge. Sin embargo, la sociedad postindustrial ha generado nuevos riesgos sociales que condicionan las políticas del Estado de bienestar de nuestros días. Según Taylor-Gooby (2004:3) estos riesgos proceden de la masiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, del incremento del numero de personas mayores que requiere mayor gasto en pensiones y en cuidados médicos, del incremento de la pobreza por el desempleo y la reducción de ingresos debido al cambio en las oportunidades laborales, de los cambios del mercado de trabajo por la transformación tecnológica y las migraciones y, finalmente, de la presión del sector privado para reducir la intervención pública en la provisión de servicios. En definitiva la sociedad europea y con ella la española en el siglo XXI tiene el reto de adaptarse a los cambios sociales y enfrentar los nuevos riesgos sociales para el cuidado infantil, la inversión en capital humano, dar flexibilidad y seguridad al mercado de trabajo, facilitar la jubilación flexible y su retraso y la incorporación de inmigrantes (Liddle y Latham, 2011).

El Estado de bienestar español se considera como uno de los casos del “modelo mediterráneo” en el que ha habido avances en el terreno de enfrentar los nuevos riesgos sociales (Moreno y Marí-Klose, 2016:153), pero la pandemia del Covid-19 ha tenido importantes consecuencias en la política social. En esta ponencia se trata de valorar los efectos que ha tenido la pandemia sobre la política sanitaria y la del mercado de trabajo. Se analiza si esta ha propiciado una acción más potente o no frente a los llamados nuevos riesgos y si ha generado nuevos retos a la política social.

## 2.- LOS EFECTOS DEL COVID-19 SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

El sistema sanitario español se caracteriza por la cobertura universal de la población a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, debido a su implantación con los gobiernos socialistas, ha facilitado un mayor nivel de igualdad social. Como se sabe el gasto en salud es el más redistributivo de todo el gasto social.

Con la dictadura franquista se estableció un sistema sanitario de corte Bismarckiano en el que las prestaciones estaban vinculadas al sistema de la Seguridad Social (SS), es decir, a las aportaciones que realizan los trabajadores, esto supuso la implantación de un sistema muy fragmentado. La Constitución de 1978 impuso un régimen público de Seguridad Social, el derecho de todos los ciudadanos a la salud pública y la responsabilidad del Estado en la organización del sistema para la protección de la salud. Para la reorganización del sistema sanitario se creó el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) dependiente del Ministerio de Sanidad.

En 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad que sentó las bases del SNS inspirado en el *National Health Service* británico (modelo Beveridge). Se inició un proceso gradual de expansión de la cobertura hasta alcanzar a toda la población basado en la condición de residencia, incorporando los sistemas de aseguramiento pre-existentes. Este quedó totalmente completado en el año 2000 con su financiación totalmente pública (Moreno, 2009:107). El Decreto de organización de la sanidad 1088/89 (decreto de universalización) permitió la incorporación de las personas sin recursos que hasta entonces recibían asistencia a través de la beneficencia, es decir, con demostración de pobreza. En 1997 la Encuesta Nacional de Salud dio evidencia de que 99,4% de la población estaba protegida, aunque todavía hoy existen prácticas organizativas antiguas para funcionarios, empleados de banca, periodistas, etc. (Moreno, 2009:115). La universalización de la prestación sanitaria permite que el 25% de población que está en riesgo de pobreza en 2019 no tenga dificultades de acceso a la sanidad pública. Los estudios de opinión muestran que un 60% de personas que se sienten satisfechas con la sanidad española justo antes de la pandemia COVID-19 (Gutierrez et al., 2023,55)

## **2.1.- Los riesgos que enfrenta el sistema sanitario**

A) En el campo de “los nuevos riesgos” España, en primer lugar, enfrenta un cambio demográfico por el envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer en 2019 es de 87 años para las mujeres y 81 años para los varones (Ministerio de Sanidad, 2022). Esto tiene consecuencias en la política de salud y en el aumento del gasto sanitario por el predominio de enfermedades crónicas y de larga duración (Alzheimer, Parkinson, enfermedades cardiovasculares) y el aumento de consumo de medicamentos. También afecta al tipo de asistencia que se precisa: un aumento de la asistencia ambulatoria y externa (en la vivienda de los pacientes) que es más costosa.

En segundo lugar la inmigración también ha tenido un fuerte impacto sobre el sistema sanitario que ha llevado a un incremento del 10 % de la población total protegida por el sistema sanitario que es de 46.815.994 habitantes (Ministerio de Sanidad, 2022)

En España hay dos tipos de inmigrantes, el grupo más numeroso es de jóvenes magrebíes, de países latinoamericanos y del este de Europa que viene a España en busca de trabajo y mejor nivel de vida, es la inmigración económica que se concentra en las grandes núcleos urbanos (Rodríguez Cabrero, 2004: 314). El otro grupo lo compone la población mayor del norte de Europa que busca un lugar para su jubilación y se ubica principalmente en el este mediterráneo por el buen clima. La cobertura pública de los inmigrantes en situación administrativa precaria se expandió por la Ley Orgánica de los derechos y libertades de los extranjeros en España del año 2000, anteriormente solo tenían acceso a los servicios de urgencia. Actualmente basta con demostrar 90 días de permanencia ininterrumpida en el país. Estudios recientes (García y García, 2010:167) muestran que el primer grupo registra un porcentaje mayor de hospitalizaciones en relación con la población española, aunque no se observan pruebas de abuso. El segundo grupo que tiene cobertura del 100% en función del criterio de reciprocidad existente en la UE.

En tercer lugar el cambio tecnológico es otro de los retos de la sanidad española, impulsado por el proceso de la globalización (García y García, 2010:165). Es un reto permanente y, aunque la difusión de la nueva tecnología sanitaria, de las innovaciones, suele tener lugar ante en la sanidad privada que en la pública, lo cierto es que el SNS ya dispone en 2019 del 72% de equitos para hacer tomografía axial computerizada, el 55% de los equipos de resonancia magnética, el 66% de los mimógrafos y el 81% de equipos

de radioterapia (Ministerio de Sanidad, 2022:179). Hay diferencias entre las CC.AA pero se han establecido centros de referencia para las distintas patologías repartidos por los territorios, siendo más numerosos en los más poblados. En el campo de la innovación destaca la adopción de la cirugía ambulatoria desde los años 90 (García y García, 2010:169) También cabe citar la creación del Instituto de Salud Carlos III en el Ministerio de Sanidad para la evaluación de las tecnologías sanitarias.

Otros desafíos de la política sanitaria son atender a los efectos del cambio climático y a la movilidad internacional de los españoles. Estos abren nuevos campos de acción para la sanidad. Concretamente la contaminación atmosférica produce un incremento de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares que requieren intervenciones de urgencia e incrementan la mortalidad. La movilidad por razones laborales o turísticas incrementa los casos de malaria y otras enfermedades tropicales, además requiere de un esquema de “sanidad exterior”.

B) Otros riesgos mas concretos que enfrenta la sanidad española tienen que ver con la gobernanza de la misma en dos aspectos principales la descentralización federal y la gestión sanitaria. Una de las prioridades del nuevo SNS ha sido la transferencia de competencias sanitarias a la Comunidades Autónomas (CCAA) y la formación de los 17 Sistemas Regionales de Sanidad (SRS) que están completamente operativos desde 2002. El problema es que no se ha conseguido crear un sistema totalmente integrado territorialmente por la asimetría institucional entre las CCAA y por la resistencia de algunas de estas a cumplir las directrices estatales, la indefinición de las funciones del Ministerio de Sanidad del gobierno central y los desacuerdos sobre competencias y financiación entre el Gobierno del Estado y los de las CCAA.

La necesidad de mejorar la coordinación de los SRS entre sí y con el Ministerio de Sanidad se pone en evidencia por la pérdida de economías de escala en la planificación y el gasto en farmacia o en tecnología médica, las dificultades para acceder a las prestaciones por desplazamientos en las distintas CCAA, o el desarrollo de un sistema de información médica a escala nacional que permita una utilización más adecuada de los recursos. Esto también produce importantes diferencias en el estado de salud de la población, pues la descentralización ha incrementado las desigualdades en la prestación de servicios entre las regiones (García y García, 2010:168). Además, los problemas de gobernanza dificultan la atribución de responsabilidades por la mala gestión de la sanidad, ya que las autoridades de los distintos niveles utilizan estrategias

de “evitación de la culpa” y los ciudadanos no pueden discernir quien es el responsable último.

Este riesgo se ha enfrentado en parte con la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003 que tiene el objetivo de mantener niveles similares de atención y facilitar la movilidad entre CCAA y estableció la tarjeta sanitaria individualizada que permite el acceso de los ciudadanos a la sanidad en todo el país. La ley estableció también una Agencia de Calidad, el Observatorio del SNS, y un Fondo de Cohesión Sanitaria puesto en marcha en 2006 junto a un Plan de Calidad. Los retos actuales son elaborar el historial clínico digital de las personas al que se pueda acceder desde cualquier CCAA, y facilitar que los pacientes de una región puedan ser tratados en otra en función de las necesidades del paciente, garantizando oferta de servicios sanitarios en todo el territorio. Sin embargo, los partidos nacionalistas que gobiernan las CCAA no aceptan de buen grado los mecanismos de coordinación porque temen una recentralización de las decisiones de política sanitaria.

Por otro lado la sanidad española enfrenta el reto de tener una gestión más eficiente. Es una tendencia europea poner el acento en el control del gasto y la racionalización de la organización en la perspectiva de la que se ha llamado la Nueva Gestión Pública, que diferencia entre financiación pública y gestión (privada) de los servicios. En algunas CCAA con gobiernos liberal-conservadores como Cataluña, la Comunidad Valenciana o Madrid se han configurado mercados sanitarios diferenciados de los SRS, basados en la externalización en la gestión de listas de espera, de la atención primaria y la gestión hospitalaria en manos de empresas privadas con ánimo de lucro. Pero los mecanismos de nueva gestión pública son percibidos negativamente por la población (protesta social y sindical) y los partidos de izquierda, por falta de transparencia en la actuación de los gestores políticos partidarios de la privatización de la sanidad, al tiempo que se han desestimado desde la perspectiva de la evaluación de políticas públicas ya que la reducción de costes repercute en la calidad.

Otro riesgo es la sostenibilidad financiera por la cobertura universal del sistema sanitario, si bien el gasto sanitario es socialmente más aceptable que otros gastos públicos. De acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad en España invierte un 7,3% del PIB en sanidad pública en 2021 (ver cuadro 1), que es una proporción menor que la mayoría de los países de Europa occidental. Una parte del 15% es en farmacia. Hay que añadir que, de acuerdo con la OCDE, un 26,7% del total del gasto sanitario en 2020 es

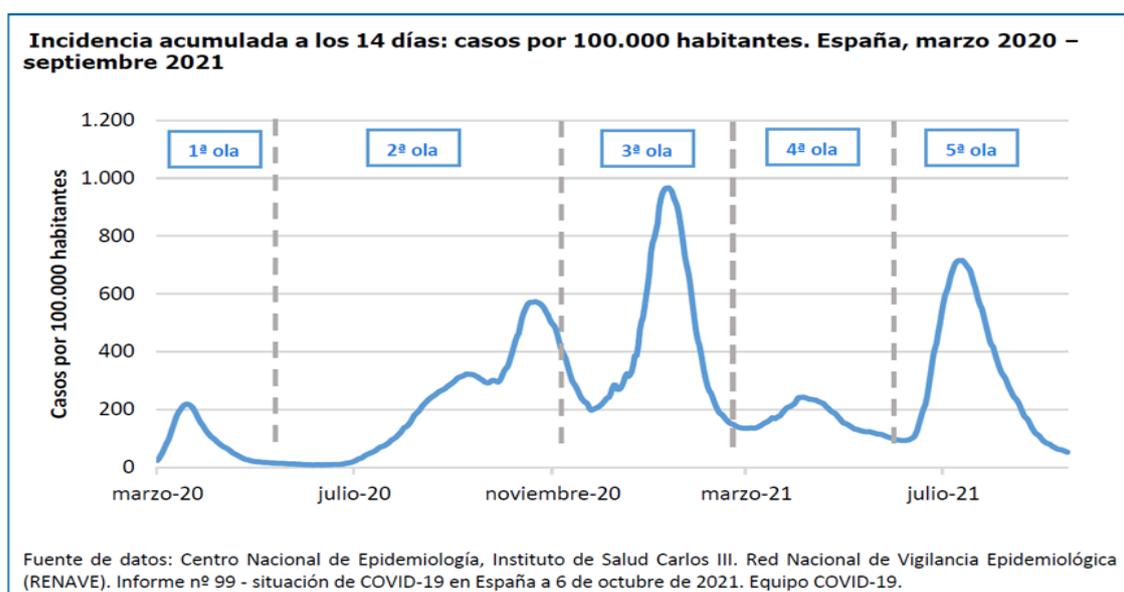
gasto privado y el barómetro del CIS señala que un 22% de los ciudadanos tiene contratados seguros privados, aunque hay grandes diferencias regionales.

En general se considera que la inversión en salud tiene un efecto dinamizador de la economía y asegura un aumento futuro de la renta, por lo que el principal reto no es tanto reducir el gasto sanitario sino controlarlo. Para este objetivo ha tenido mucha importancia el Informe Abril de 1991 que ha promovido la racionalización del gasto a nivel nacional. Inspirada en este informe la Ley de 2006 ha llevado a cabo la elaboración de un catálogo de servicios, la exclusión de ciertos medicamentos de la lista financiada por la SNS, la fijación de precios para determinados medicamentos, la promoción de medicamentos genéricos, la introducción de presupuestos prospectivos en los hospitales, etc.

## 2.2.- Los retos que ha planteado la pandemia COVID-19

El periodo de duración de la pandemia en España se identifica con cinco olas (ver gráfico 1). La primera ola va desde el inicio de la pandemia hasta el 21 de junio de 2020, fecha en la que se terminó el estado de alarma; la segunda ola va desde el 22 de junio hasta el 6 de diciembre de 2020; la tercera ola va desde el 7 de diciembre de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021; la cuarta ola va desde el 15 de marzo de 2021 hasta el 19 de junio; la quinta ola va desde el 20 de junio de 2021 hasta diciembre de 2022 (Ministerio de Sanidad, 2022)

*Gráfico 1: Las cinco olas de incidencia del COVID-19 en España*



Hubo que hacer una adaptación organizativa y táctica del SNS ante una situación inédita. Se trataba de un reto frente a la actividad habitual. El principal reto fue el de la gobernanza, es decir, la toma centralizada de decisiones. A partir de la declaración del “estado de alarma” toda la autoridad en materia sanitaria quedó en las manos del Gobierno y el Centro de Coordinación de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad que, bajo la dirección del Presidente del Gobierno, movilizaba todos los medios disponibles. Los funcionarios, autoridades civiles y trabajadores de las Administraciones Públicas se pusieron a disposición del Ministerio de Sanidad por si fuera necesario adjudicarles "servicios extraordinarios". También se activó la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS para la coordinación de las Consejerías de sanidad de las CC.AA. Además se puso en marcha una estructura para la colaboración y coordinación con los interlocutores sociales (sindicatos y empresarios), las sociedades científicas de medicina, los profesionales sanitarios y las organizaciones mutualistas sanitarias.

Para la gobernanza centralizada del sistema sanitario se desarrolló una red de información adecuada para el diagnóstico y para atender la gran demanda de sanidad, que resultó ser de gran valor estratégico. El Centro de Coordinación y el Instituto de Salud Carlos III (donde radica en centro de vigilancia epidemiológica) elaboraron puntualmente informes con los datos aportados por las CCAA que daba a conocer el Ministerio de Sanidad - con acceso a través de su a web- y constituyeron la base principal para la toma de decisiones durante la pandemia (Ministerio de Sanidad, 2022)

Otro reto que enfrentaron las autoridades con el COVID-19 fue la reorganización de la asistencia sanitaria en los tres niveles del sistema: atención primaria, especializada y hospitalaria. La atención primaria se reorientó hacia la realización de pruebas COVID-19 (un 40 % del total de las realizadas) y la gestión de la Incapacidad Laboral Temporal que aumentó mucho.

La atención hospitalaria fue predominante durante la pandemia y su mayor actividad coincide con las fechas de los picos de infección. En determinados momentos la dedicación de los hospitales ha sido casi en exclusiva a la pandemia, no solo por el volumen de casos, sino por la necesidad de establecer condiciones de aislamiento y protección estrictas. Muchos hospitales tuvieron que cambiar unidades enteras para la atención de los pacientes infectados por el virus y habilitar nuevos dispositivos de cuidados intensivos, añadiéndolos a la dotación habitual. En algunos lugares fue preciso

habilitar nuevos espacios como los llamados “hoteles medicalizados” de Madrid que incorporaron hasta un 5% de camas adicionales, también se establecieron hospitales de campaña como el de IFEMA en Madrid, y posteriormente el Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal para enfermos de COVID-19, que ha tenido el mayor número de pacientes hospitalizados de España. Las camas en hospitales superaron en más de 2,8 veces las existentes previamente (40.000 en la primera ola) y en UCI superaron las 13.000.

Desde el primer momento se comprobó que la incidencia del Covid era mayor en las personas de más edad (+65 años) y el principal grupo de hospitalizados fue el de pacientes de más de 50 años. La mortalidad en las residencias de la tercera edad fue muy elevada en la primera ola con el 50% de fallecimientos, por ello la protección de personas mayores que vivían en residencias se hizo prioritaria (Menendez et al. 2021)

Por lo que respecta a la vacunación se comprobó muy pronto que su aplicación masiva conseguía la práctica desaparición de la enfermedad (Menendez et al. 2021), así se logró una cobertura de las más altas del mundo (Ministerio de Sanidad, 2022). La estrategia de vacunación se formuló a nivel de la UE (Comisión Europea, 2020) y en el ámbito nacional fue desarrollada por la Comisión de Salud del Consejo Interterritorial del SNS con gran éxito. Por ello el 30 de septiembre de 2021 el 82,3% de las personas de 12 o más años tenían una vacunación completa (vacunas J&J/Janssen, Astra/Zeneca, on BioNTech/Pfizer y Moderna/Lonza) y se consiguió controlar la pandemia que, de acuerdo con la OMS, es tener una positividad inferior del 5% (porcentaje de personas que dan positivo para la infección de entre todas a las que se les ha hecho pruebas diagnósticas -PCR o antígeno- durante un tiempo determinado). La reinfección (que se define por tener dos resultados positivos separados entre sí al menos noventa días) de las personas con vacunación completa ha sido de un 1,60%.

Los efectos de la pandemia COVID-19 sobre la prestación de servicios sanitarios han sido diversos. En atención primaria se ha producido un retraso de las consultas. Se ha pasado de una espera para la atención personal 5,9 días en 2019 a 10,8 días en 2021, también se ha dado un incremento del 3% de consultas respecto a la de 2019, que han llegado a 127 millones en 2020. Igualmente ha aumentado en un 4% la consulta domiciliaria de enfermería. En cambio no ha variado la primera visita a algún especialista de hospital o de los centros de especialidades.

Durante la pandemia se produjo la suspensión de parte de la actividad quirúrgica programada en ese periodo alargando el tiempo de espera de las personas que precisan de una intervención. Aunque las lista de espera quirúrgicas son inevitables, ya que no contar con ellas implicaría la existencia de recursos ociosos, el plazo de seis meses se considera adecuado. La COVID-19 incrementó las listas de espera quirúrgicas, aproximadamente entre el 7,6% y el 19,4%, dependiendo de la comunidad y especialidad, y en promedio hasta los 200 días en 2020 (De Pablos y García, 2021). En España el 86,8% de los encuestados en el barómetro del CIS consideran a las listas de espera el mayor problema de nuestra sanidad.

Un gran problema inicial fue la falta de equipamiento como respiradores y protección para los sanitarios (batas impermeables, guantes de nitrilo, mascarillas FP2 o FP3, gafas de protección, etc.) debido a que gran parte de este material es importado de China y su adquisición en tiempos de mucha demanda es difícil. Esto puso en evidencia la dependencia del exterior en la fabricación de equipamientos sanitarios y la ausencia de reservas suficientes para una emergencia como estas, lo que llevó a la reconversión de algunas industrias.

La falta inicial de equipamiento llevó a las llamadas “innovaciones frugales”, de corto plazo, promovidas por las instituciones públicas como por el sector privado, por ejemplo el rediseño de ventiladores a partir de componentes disponibles localmente para permitir una aumento de la producción -ya que la ventilación mecánica invasiva era la medida fundamental de soporte de tratamiento para el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)-. Por lo demás, en el periodo se identificaron 284 innovaciones relacionadas con la pandemia de los que 224 eran equipos de desinfección (de las cuales veintiocho eran dispensadores de gel), treinta y tres eran equipos de protección (como mascarillas) y tres eran ventiladores (Argüello et al., 2023)

También los laboratorios clínicos tuvieron que adaptarse para hacer pruebas analíticas, necesarias para el diagnóstico y la evolución de la pandemia. Hubo que desarrollar un sistema estatal de recogida de las pruebas diagnósticas de laboratorio (SERLAB-CoV), para informar de la aparición de nuevos positivos y ubicarlos geográficamente que facilitara la vigilancia y la gestión territorial de la pandemia. Inicialmente se hacían pruebas por PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) y desde septiembre de 2020 también pruebas por antígeno. Hasta el 30 de septiembre de 2021

se realizaron 24 millones de pruebas diagnósticas gratuitas, el 62,5% por PCR y un 37,5% por antígeno (Ministerio de Sanidad, 2022)

### **3.- LA INCIDENCIA DEL COVID-19 EN EL MERCADO DE TRABAJO**

La actual estructura del mercado de trabajo en España procede del periodo de la transición democrática en la década de 1970 que es cuando se moderniza la economía con su liberalización e internacionalización. Un hito histórico fue la integración de España en la Comunidad Europea (CE) en 1986 (hoy Unión Europea- UE) que exigió la formación de grandes empresas que pudieran competir en ese mercado. También fue relevante la aprobación del Estatuto de los Trabajadores e 1980 que regula las relaciones laborales estableciendo entre otras muchas medidas las condiciones de despido (procedente/improcedente) y las indemnizaciones correspondientes.

Es relevante la importancia de las organizaciones sindicales y el desarrollo de un sistema de representación de intereses corporativo. El sindicato Comisiones Obreras es de tendencia comunista, la Unión General de Trabajadores es de tendencia socialista; en el sector de los servicios y la función pública resalta el CSIF de tendencia conservadora. La tasa de sindicación es baja, del 15%, sin embargo, los trabajadores sindicados son trabajadores cualificados, con contratos permanentes en las grandes empresas y, en consecuencia, con una gran capacidad de presión. Desde la transición democrática se han producido múltiples acuerdos entre empresarios y trabajadores (pacto social) basados en el control salarial a través de los “convenios colectivos” laborales, que además han facilitado la flexibilidad laboral. Los últimos pactos son de abril de 2023. España tiene un nivel medio de centralización en la negociación colectiva y el 80% de los trabajadores están sujetos a convenio colectivo según datos de la OCDE (Sánchez de Dios 2012:102).

El mercado de trabajo tiene un sistema de protección a través de la Seguridad Social que atiende dos prestaciones principales: a) las pensiones de jubilación, por incapacidad laboral, etc. y b) el subsidio de desempleo. El subsidio de desempleo se estableció en 1961 y consiste en ayudas económicas tras la pérdida del puesto de trabajo por un tiempo limitado. Su gestión corresponde al Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). La tasa de cobertura con datos de 2005 está en el 70% aproximadamente de parados, de ellos aproximadamente el 35% tiene una prestación asistencial (con

demostración de pobreza). La cobertura, dependiendo del periodo de cotización del trabajador puede llegar a 38 meses; la cuantía de la prestación está en función de la cotización que ha tenido el trabajador. La adaptación de la protección social a las condiciones cambiantes del mercado de trabajo ha sido un aspecto central de las reformas realizadas (Del Pino y Ramos, 2009:142)

### **3.1.- Riesgos que enfrenta el mercado de trabajo español**

El mercado de trabajo español comparte con otros países europeos una serie de objetivos frente a los nuevos riesgos sociales del siglo XXI como son el cambio tecnológico, los efectos de la globalización- particularmente la externalización de una parte de la actividad económica y la dependencia de importaciones de otros países- y, finalmente, el envejecimiento de la población (Daguerre, 2010:180).

Ahora bien, el principal riesgo del mercado de trabajo es el desempleo estructural. Desde la crisis de 1973 se presenta este problema pues la economía española no es capaz de crear suficientes puestos de trabajo. Las causas del paro han sido la elevada incorporación de jóvenes (boom de natalidad en los años 1960s), la incorporación de la mujer al mundo laboral, la falta de cualificación de los trabajadores que dificulta la innovación empresarial y la creación de nuevo empleo y, más recientemente, la inmigración. Esta situación ha generado problemas de elevadas tasas de empleo informal en algunos momentos históricos, pero este no es problema grave del mercado de trabajo actual. La aparición del empleo informal se debe a la existencia de cotizaciones que pagan las empresas a la Seguridad Social por cada trabajador que contratan; cuando estas aumentan, también lo hace el empleo informal.

La tasa de desempleo actual está en el 13,3% -el paro juvenil que alcanza al 29,5% en menores de 25 años- (INE-2023) y es la cuestión que enfrentan principalmente las reformas del mercado de trabajo español, las más importantes se produjeron en 1984 y en 2002. A lo largo del tiempo se han ido produciendo otras reformas menores de carácter incrementalista (Del Pino y Ramos 2009:161). La última reforma se ha producido en 2022, justo tras la crisis del COVID. Estas reformas han configurado un sistema de “flexi-seguridad” basado en dar la mayor flexibilidad al mercado de trabajo y establecer al mismo tiempo un sistema de protección bien estructurado que permita la “activación del trabajo” (Ocaña y Mulas-Granados, 2010:205).

Las llamadas “políticas activas de empleo” se iniciaron en los países nórdicos con gobiernos socialistas y son promovidas en los países de la UE con la Estrategia Europea de Empleo de 1997 (Daguerre, 2010:176). El objetivo de estas es que los trabajadores desempleados mantengan una actitud activa buscando un nuevo empleo mientras perciben las prestaciones por desempleo. Además, se da formación retribuida a los trabajadores (recualificación) con programas que mejoren su empleabilidad – facilitando su inserción y su contratación-, y en iniciativas de autoempleo. En la realidad las políticas activas del mercado de trabajo responsabilizan al trabajador de su situación.

La reforma del mercado de trabajo de 1984 con un gobierno socialista facilitó la flexibilización del mercado de trabajo al introducir “el contrato temporal” y “el contrato a tiempo parcial”, al tiempo que modificó la protección por desempleo mejorando las condiciones de duración y cobertura.

Esta reforma tuvo la consecuencia no deseada de acentuar la “dualización” del mercado de trabajo, es decir, la existencia de un grupo de trabajadores con puestos fijos, bien remunerados que tienen un elevado nivel de protección en caso de despido (terminación del contrato de trabajo) y otro grupo más numeroso que el anterior de trabajadores con contratos temporales, con condiciones de despido fáciles, que desarrollan su actividad en sectores de riesgo y que no están sindicados. Según el Ministerio de trabajo en el año 2023 el 54% de los contratos de trabajo son de carácter temporal y el empleo temporal de la mujer sube hasta el 59%.

La gestión de la prestación por desempleo con la contratación temporal ha tenido efectos negativos, pues incentiva a que los empresarios realicen despidos temporales utilizando el subsidio como parte del salario. Para ello estos utilizan el encadenamiento de contratos temporales con el mismo trabajador aplicando el seguro de desempleo entre los contratos. Como consecuencia hay una elevada tasa de desempleo recurrente, es decir, trabajadores que salen y vuelven a entrar en el sistema de protección social: el 30% de los perceptores del seguro vuelven al cabo de dos años y el 50% cuando el intervalo es de 4 años (Daguerre, 2010: 203). Para combatir la temporalidad y precariedad se produjo la reforma apoyada por los sindicatos del Decreto ley de 28/12/2021 en la quinta ola de la pandemia (López Balaguer 2023:4). Se suprimieron los contratos por obra y servicio que operan en el ámbito de la construcción y se ha potenciado el “contrato fijo-discontinuo” para trabajadores con actividad estacional o

periódica, es decir, que trabajan de manera intermitente a lo largo del año, principalmente en el ámbito agrario. En estos contratos los trabajadores adquieren los derechos de antigüedad del contrato fijo aunque estén inactivos. También se reforzó el peso de los convenios colectivos que se había limitado en 2012 (la ultractividad o vigencia de un convenio caduco)

La reforma que introdujo un gobierno conservador en 2002 incorporó el “principio de activación”, es decir, de las políticas activas en el mercado de trabajo (Del Pino y Ramos, 2009:143). La gestión de las políticas activas quedó en manos de las Comunidades Autónomas. Esta reforma también introdujo una limitación de las prestaciones del seguro de desempleo que se añadió a otras realizadas desde 1992 con el objetivo de reducir costes como la disminución de la tasa de reposición salarial, el aumento del periodo de actividad laboral que da derecho al acceso a la prestación, o la reducción de la duración de la prestación. Las mayores reducciones del gasto se produjeron tras la crisis económica de 2008 consecuencia de las obligaciones contraídas con el Pacto de Estabilidad y Crecimiento de la UE de 1997, que pone límites al déficit y la deuda pública (Aparicio, 2021:236).

### **3.2.- Retos que ha planteado la PANDEMIA**

Uno de los principales problemas que ha planteado la pandemia COVID-19 ha sido las restricciones a la actividad económica y por ende a la actividad laboral. La declaración del “estado de alarma” de 2020 establecía importantes limitaciones a la libertad de circulación o movimiento de las personas e imponía medidas severas para contener la expansión de la pandemia como el cierre temporal de numerosas empresas, negocios y establecimientos en comercio, restauración, hostelería, educación, espectáculos públicos, etc. Estas restricciones tuvieron un inevitable impacto en el funcionamiento del mercado de trabajo (Morales de Labra, 2021:2).

Para la protección de los trabajadores desde el primer momento se asimilaron las bajas laborales por contagio de covid-19 a “accidentes de trabajo” que dan derecho a subsidio por “incapacidad laboral temporal” (IT). Ahora bien, la medida más importante para evitar los despidos por parte de las empresas por causa de la pandemia fue la suspensión de contratos y la reducción de jornada laboral mediante los “Expedientes de Regulación Temporal de Empleo” (ERTEs) por el Real Decreto 8/2020.

El mecanismo de los ERTes estaba previsto en el Estatuto de los trabajadores para supuestos particulares y se adoptó como medida excepcional y extraordinaria para enfrentar la pandemia al igual que en otros países de la Unión Europea. Los ERTes tenían dos objetivos, uno era reducir los costes económicos de mantener el ajuste temporal de empleo para las empresas, para ello se establecía una reducción o exoneración de la cotización a la Seguridad Social. Otro era flexibilizar el acceso al seguro de desempleo de los trabajadores, reconociendo el derecho a protección, aunque no se cumpliera con los requisitos establecidos. Estas medidas se han aplicado tanto a contratos fijos como temporales. Además, se declaraba la improcedencia de despidos en caso de Covid-19 por falta de causa, lo que obliga a la indemnización correspondiente por despido “improcedente” al trabajador.

Los ERTes por COVID-19 se justificaron en el principio de la “fuerza mayor” y, también, por causas económicas, organizativas o de producción (ETOP). La fuerza mayor en el contexto de las relaciones de trabajo se entiende por el Tribunal Supremo como el hecho o acontecimiento involuntario, imprevisible o inevitable, externo al círculo del empresario que imposibilita la actividad laboral (Cavas, 2020:108). En el procedimiento del ERTE la empresa hace la solicitud y decide la autoridad laboral que es la Dirección General del Trabajo, previo informe de la Inspección de trabajo. Si la empresa era de menos de 50 trabajadores se producía una exoneración del 100% en el pago de las cotizaciones a la Seguridad Social y del 75% en el caso de más trabajadores. Se requería una identificación individualizada de los trabajadores y del periodo de suspensión o reducción de jornada. Al mismo tiempo el Servicio Público de Empleo estatal hacía el reconocimiento de la correspondiente prestación por desempleo.

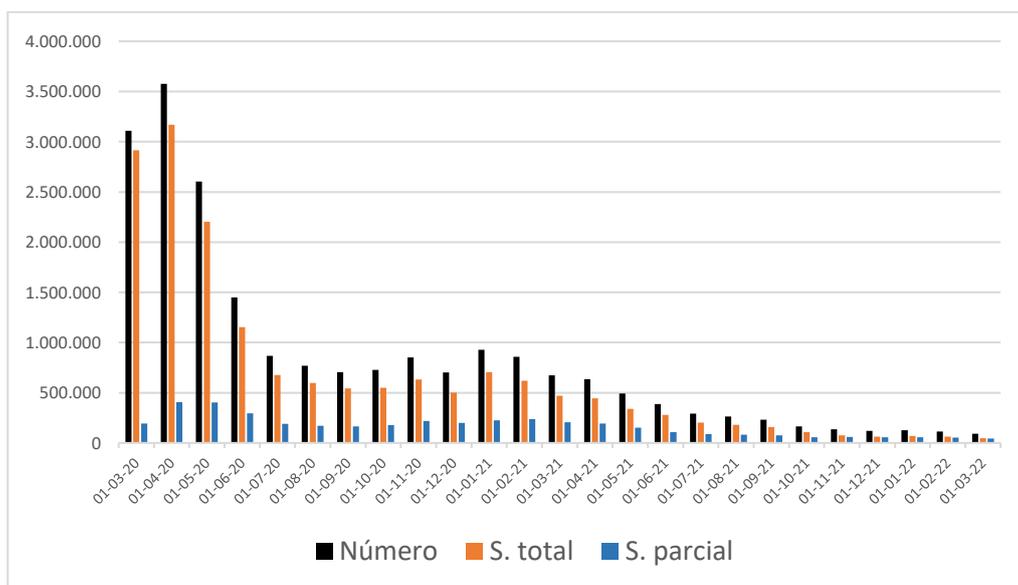
Inicialmente la vigencia del régimen de los ERTes por Covid-19 se fijó hasta el 30 de junio de 2020 pero fue prorrogado en varias ocasiones e incluido en la reforma laboral de 2021. Tras el fin de la primera ola y una vez que la propagación de la pandemia quedó bajo control, las restricciones comenzaron a reducirse mediante el llamado Plan para la Transición hacia una “Nueva Normalidad” del Gobierno. Se aprobó una nueva norma (RD18/2020) basada en un Acuerdo Social en Defensa del Empleo (pacto social) que organizaba el proceso de transición. En ella se diferenciaron dos situaciones para los ERTes, la de las empresas que están en “suspensión total” y las que están en situación de “suspensión parcial”. Para estas últimas establecía “la reducción de jornada” como medida principal para la reactivación laboral. Otras medidas que

incorporaba la norma eran que en las empresas en ERTE no habría horas extraordinarias, ni nuevas contrataciones, ni externalización de actividades. Se estableció también una nueva regulación de las exenciones a la Seguridad Social que incentivaba a las empresas que activaban a los trabajadores.

Las empresas realizaron un gran esfuerzo para prevenir y desacelerar la propagación de la COVID-19 en el entorno laboral, adoptando las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, primero para la prevención y control de riesgos y luego para la vuelta a los centros de trabajo. Adoptaron nuevas formas de organización laboral y aceleraron los procesos de transformación digital (Morales de Labra, 2021:4).

La Inspección de Trabajo ha vigilado el cumplimiento de la normativa en materia de sanidad laboral al ser la autoridad competente en riesgos laborales (Marín, 2021). Aunque se encontraron pocos casos de fraude por los ERTes, los más comunes han sido incluir trabajadores ficticios en el subsidio de desempleo o hacer trabajar a las personas que estaban inactivas, pero el nivel fraude no resulta muy relevante. Con los datos disponibles en mayo de 2021 se sabe que hasta 4.1 millones de trabajadores quedaron protegidos con prestaciones por incapacidad por Covid, de los cuales 1.5 por infección (García Gómez at alt. 2021:8). Hasta 4.2 millones de trabajadores quedaron protegidos por un ERTE con el pico máximo 3,6 en 2020 (ver gráfico 2). Los trabajadores con seguro de desempleo alcanzaron el pico de los 3.444.891 en abril de 2020 y estos fueron 2.976.819 más que un mes antes (SEPE.es).

*Gráfico 2: Trabajadores en ERTE por COVID-19*



Fuente: Ministerio de Inclusión, seguridad social y migraciones

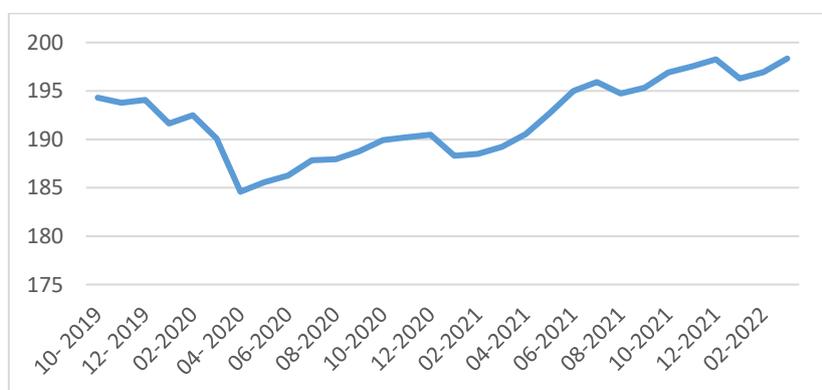
#### 4.- LOS COSTES ECONÓMICOS DE LA PANDEMIA

Los efectos de la pandemia Covid-19 sobre el gasto social han sido muy contundentes y las dos partidas más afectadas han sido el gasto sanitario y el de la seguridad social, más precisamente el gasto en prestaciones por desempleo. El gasto sanitario se cubre a través de los presupuestos generales del Estado y el gasto de la Seguridad Social se cubre con contribuciones de empresarios y trabajadores y mediante dotaciones del Estado en forma de préstamos.

El gasto sanitario está descentralizado en las CC.AA. y opera mediante un reparto de recursos entre el Estado y las CC.AA. Una parte de la financiación que reciben las CC.AA se corresponde a la cesión de impuestos: el 33% de IRPF (renta) y el 35% del IVA (consumo). Todo esto ha supuesto que el gobierno central tiene una influencia reducida sobre las decisiones de gasto de las autoridades regionales (Moreno, 2009:109). De hecho la mortalidad por COVID-19 ha castigado más a aquellas CCAA que, aun siendo más ricas, aplicaron medidas presupuestarias más restrictivas en el período 2010-2018. (Ramón Rangla et al., 2021)

El gasto por COVID-19 en el ámbito laboral ha venido a alterar el delicado equilibrio financiero del sistema público de Seguridad Social —ya bastante maltrecho antes de la crisis sanitaria—. Las causas han sido la disminución del flujo de ingresos por cotizaciones por una reducción del número de afiliados “en alta” a la Seguridad Social (ver gráfico 3) y el incremento del gasto en protección social (subsidios de incapacidad temporal por contagio/aislamiento, prestaciones por desempleo y por cese de actividad, ingreso mínimo vital).

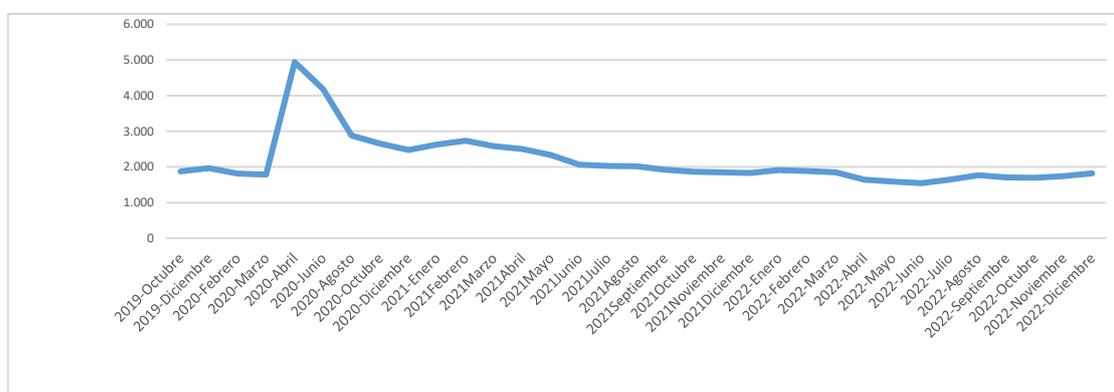
*Gráfico 3: Afiliados a la Seguridad Social “en alta” en millones*



Fuente: Ministerio de Inclusión, seguridad social y migraciones

El gráfico 4 y el cuadro 1 muestran la evolución del gasto en desempleo y en sanidad en el periodo de pandemia. Se observa claramente el salto que supuso la entrada en vigor de los ERTes por Covid-19 en las prestaciones por desempleo, con un incremento brusco en el momento álgido de la pandemia y una recuperación progresiva de los niveles habituales de gasto aproximadamente un año más tarde. De la misma forma el gasto en salud tuvo un fuerte crecimiento en el año 2020 que además se produjo con un retraimiento del PIB.

*Gráfico 4: Gasto en desempleo en millones de euros*



Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social

*Cuadro 2: Gasto sanitario público*

Año	Millones euros	% PIB	Per cápita
2019	75.111	6,4	1.704
2020	83.622	7,8	1.859
2021	87.941	6,7	1.716

Fuente: Ministerio de Sanidad y *Expansion*

Para la financiación del gasto social en situación deficitaria el Estado recurre a la deuda pública pero el Pacto de Estabilidad y Crecimiento de la UE de 1997 no permite a los Estados miembros tener un déficit público que supere en un 3% de su PIB y ni el 60% en la deuda pública; sin embargo, en el periodo del Covid-19 la Comisión

Europea levantó de forma temporal los límites establecidos de “déficit excesivo”. En los datos del cuadro 2 se observa la evolución de ambas variables en los años del Covid-19, en que la necesidad de financiación del gasto público forzó a que el déficit público superara las previsiones del pacto de estabilidad y que la deuda pública española haya superado holgadamente el 100% del PIB.

*Cuadro 2: Evolución del déficit y la deuda pública en % del PIB*

<b>Año</b>	<b>Déficit público</b>	<b>Deuda pública</b>
2019	2.9	98.2
2020	10.1	120.4
2021	6.9	118.3
2022	4.8	113.2

Fuente: Ministerio de Economía y *Expansión: datosmacro*

El papel de la UE para la financiación del gasto social ha sido determinante. El 2 de abril de 2022 se aprobó un fondo (*The European instrument for temporary Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency – SURE*) de 100.000 millones de euros para financiar los ERTes de los que España obtuvo en préstamo 21.324 millones (Gómez, 2023). Este fondo ha tenido la finalidad de mitigar las consecuencias socio-económicas negativas de la pandemia del coronavirus ([https://economy-finance.ec.europa.eu/eu-financial-assistance/sure\\_en](https://economy-finance.ec.europa.eu/eu-financial-assistance/sure_en)). También se ha creado un plan de inversiones llamado “*Next Generation- EU*” de 1.8 billones de euros para acelerar la recuperación Post-Covid-19 y reforzar el potencial de crecimiento. Para España son 140.000 millones de euros con un amplio abanico de posibilidades. Este dinero se canaliza a través de distintos programas que han de desarrollarse entre 2021 y 2027 como el “Plan de recuperación, transformación y resiliencia” del Gobierno español (Gobierno de España, 2021) que es la pieza central del mismo (López y Llobera: 2021: 147). Con él se pueden financiar los costes sobrevenidos en desempleo o subsidios por incapacidad, además de facilitar el acceso a la financiación de las empresas para recuperar la actividad económica.

## 5.- CONCLUSIONES

Podemos deducir de este estudio que, aunque el fenómeno de la pandemia ha tenido unos efectos muy relevantes en el caso español desde la perspectiva de la sociedad del riesgo al igual que en los demás países. El COVID-19 ha llevado a situaciones muy dramáticas como la paralización de la actividad económica, el colapso limitado del sistema sanitario y el aislamiento temporal de la población con un elevado número de fallecimientos, sin embargo, el control de la pandemia ha sido bastante rápido y se evitó la catástrofe. Se identifican cinco olas de contagio masivo hasta que se hizo efectivo el control mediante vacuna y en este periodo tanto el sistema sanitario como la economía tuvieron una adaptación rápida a las condiciones extremas que impuso la pandemia y el Gobierno actuó de manera drástica con rapidez. Fue el sistema sanitario el que resultó con una mayor afectación al ser un problema principalmente sanitario y requirió de un cambio inicial más urgente para adaptarse a la nueva situación que produjo la pandemia. La adopción del “estado de alarma” permitió al Gobierno la adopción de medidas centralizadas que reducían los problemas de gobernabilidad de un sistema sanitario descentralizado territorialmente, al tiempo que posibilitó la adopción de medidas contundentes de forma efectiva. Se facilitó la acción coordinada a nivel nacional con un nivel de comunicación adecuado entre las distintas autoridades y administraciones territoriales, con los distintos actores sociales y de cara a la población. Las decisiones adoptadas tuvieron apoyo político y social, de hecho el estado de alarma se prorrogó en varias ocasiones en el Congreso de los Diputados a propuesta de un gobierno minoritario de coalición sin grandes dificultades. Las regulaciones adoptadas tuvieron siempre el apoyo de los actores económicos mediante pacto social.

En la perspectiva de la sociedad del riesgo también se observa la gran importancia que ha tenido la cooperación internacional, pues en el caso español ha sido determinante la acción de la Unión Europea tanto en lo sanitario como en lo laboral. El principal aspecto a destacar fue la financiación del incremento de gasto social producido para la intervención sanitaria, por la reducción de la actividad laboral y para la reactivación económica post-pandemia. En el ámbito sanitario destaca la coordinación europea para controlar la pandemia mediante las vacunas. El sistema de los ERTEs fue promocionado a nivel europeo.

Desde la perspectiva de los nuevos riesgos sociales cabe destacar el reforzamiento que produjo la pandemia COVID-19 del Estado de bienestar a través de

las políticas sociales. Las decisiones adoptadas encajan como la continuación de un proceso de intervención pública bien engrasado con anterioridad y muy operativo. Se constata que las medidas para enfrentar los nuevos riesgos sociales se fueron implementando décadas antes de que se produjera la pandemia y continuaron posteriormente a medida que la infección perdió virulencia. Buen ejemplo de ello es la reforma laboral de 2021 que realizó el gobierno de izquierda. La pandemia puso en evidencia la existencia de carencias o cuestiones de política social insuficientemente consideradas como la atención de la tercera edad en centros residenciales, también que los efectos de los recortes de gasto en atención médica previos a la pandemia en determinadas CC.AA tuvieron consecuencias negativas.

La pandemia provocó una reconfiguración de la actividad sanitaria sobre todo la hospitalaria que hubo de ponerse en casi su totalidad a atender las infecciones, También la atención primaria se reorientó hacia la realización de pruebas de infección y se transformó mediante el uso de recursos telemáticos. La reorganización fue rápida y eficaz lo que se explica por la vasta experiencia de un sistema sanitario público de carácter universal. En el campo laboral la gestión de la Seguridad Social fue eficiente para evitar el desajuste de los cierres empresariales y los altos niveles de desempleo o “bajas” laborales. La reactivación de la economía se realizó sin mayores dificultades que las meramente coyunturales.

La pandemia no agudizó las carencias del sistema de protección social frente a los nuevos riesgos sociales, en todo caso permitió dar alivio al gasto en pensiones y a la atención sanitaria de las personas mayores por haber producido un aumento de los fallecimientos de estas. Si puso en evidencia como un nuevo riesgo producido por la globalización la dependencia tecnológica de occidente respecto de China en la producción de productos sanitarios, que allí se hacen con menor coste económico y, además, se tienen que trasladar físicamente a Europa; sin embargo, la innovación tecnológica para vacunas fue más rápida y efectiva en los laboratorios occidentales.

## 6.- REFERENCIAS:

Aparicio Tovar, Joaquín (2021) “La Seguridad Social ante el plan de recuperación, transformación y resiliencia” en *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, 149, pp. 229-250

Argüello, Arturo et alt. (2023): “La innovación incremental en salud en España durante la pandemia de la COVID-19” *Revista Española de Salud Pública*, 97: 8 de marzo

Beck, Ulrik (2011): “Teoría de la sociedad del riesgo” en Beriain (comp): *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, pp. 201-222

Cavas Martínez, Faustino (2020): “Los expedientes de regulación temporal de empleo por COVID-19” en *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, nº 1, pp.103-145

Comisión Europea (2020): “Coronavirus: la Comisión presenta la estrategia de la UE en materia de vacunas” en [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip\\_20\\_1103](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_20_1103)

Daguerre, Anne (2010): “nuevas políticas acivas para dinamizar el mercado laboral europeo” en C. Mulas-Granados (Ed.): *El Estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de bienestar en Europa*, Madrid, Ed. Complutense/FIIAPP/ICEI, pp. 175-190.

De Pablos Escobar, Laura y García Centeno, María del Carmen (2021): “Impacto del COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas” en *Revista Española de Salud Pública*, 95/22, pp 1-12

Del Pino, Eloisa y Ramos Juan Antonio (2009): “Proceso político y reformas de la protección por desempleo en España” en L. Moreno (ed.): *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid, Siglo XXI pp. 137-170

Expansión: “Datos macro” en <https://datosmacro.expansion.com/deuda/espana>

García Gómez, Monserrat et alt. (2021): “Contribución de la salud laboral al control de la pandemia por ocvid-19 en España” en *Revista Española de Salud Pública*, 95, pp. 1-14.

García Goñi, M, y García Prado, A. (2010) : “ Hacia una política sanitaria más dinámica: el caso español”, en C. Mulas-Granados (Ed.): *El Estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de bienestar en Europa*, Madrid, Ed. Complutense/FIIAPP/ICEI, 161-174.

Gobierno de España (2021): *Plan de recuperación, transformación y resiliencia* en ([https://portal.mineco.gob.es/es-es/ministerio/plan\\_recuperacion/Documents/Plan-de-Recuperacion-Transformacion-Resiliencia.pdf](https://portal.mineco.gob.es/es-es/ministerio/plan_recuperacion/Documents/Plan-de-Recuperacion-Transformacion-Resiliencia.pdf))

Gómez, Manuel V. (2023) “El fondo europeo para los ERTE de la pandemia protegió a casi 42 millones de empleos en la UE en tres años” en *EL PAIS*, 02 Jun, 2023.

Gutiérrez, R., López Rodríguez, F. y Tejero, A (2023): ” Intereses y valores: la satisfacción con las pensiones y la sanidad en España antes y después de la Gran Recesión” en *REIS*, 181, 41-60

Liddle, Roger y Latham, Simón (2011) “Los nuevos riesgos sociales a los que se enfrentan las sociedades europeas” en C. Mulas-Granados (Ed.): *El Estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de bienestar en Europa*, Madrid, Ed. Complutense/FIIAPP/ICEI, pp. 37-52.

López Balaguer, Mercedes (2023) “El Nuevo contrato fijo-dicontinuo”, *Lex social*, 13/1, pp. 1-31

López Gandía, Juan y Llobera Vila, Mireia (2021) La protección por desempleo y cese de actividad durante el COVID-19. *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, 149, pp. 127-152

Luhman, Niklas (2011): “El concepto de riesgo” en en Beriain (comp): *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, pp. 123-154

Maravall, José María (2023): “La socialdemocracia en la España democrática” en *EL PAIS.es*, 26 de marzo.

Marín Luengo, Irene (2021): “El papel de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en la protección de las personas trabajadoras frente al COVID-19. La colaboración con las autoridades sanitarias” *Revista Española de Salud Pública*, 95/22, pp 1-13

Menéndez Colino, Rocio et alt.(2021)” Evolución de la Covid-19 en las residencias de persona mayores desde la segunda ola hasta la vacunación. Descripción de un programa de coordinación entre atención primaria, geriatría y salud pública” *Revista Española de Salud Pública*, 95, pp 1-13

Ministerio de Sanidad (2022) *Informe anual del Sistema Nacional de Salud - 2020-21*. Madrid, Ministerio de Sanidad

Morales de Labra, Helena (2021): “ La contribución de las empresas al control de la Pandemia de covid-19” en *Revista Española de Salud Pública*, 95, pp. 1-7

Moreno, Luis y Marí-Klose, Pau (2016): “Bienestar mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición” en Del Pino, Eloísa y Rubio Lara, M<sup>a</sup> Josefa (dir.): *Los Estado de bienestar en la encrucijada (2<sup>a</sup> edición)*, Madrid, Tecnos, pp139-160

Moreno Fuentes, F.J. (2009) . “ Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado” en L. Moreno (ed.): *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid, Siglo XXI. Pp. 101-136

Ocaña, Carlos y Mulas Granados, Carlos (2010). “El Estado dinamizador y el seguro de desempleo en España” en C. Mulas-Granados (Ed.): *El Estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del Estado de bienestar en Europa*, Madrid, Ed. Complutense/FIIAPP/ICEI, pp. 191-208

Ramón Rangla, Remedios et alt. (2021): “Mortalidad por COVID-19 en España durante la primera oleada de la pandemia. Aproximación a través del gasto público sanitario por Comunidades Autónomas” en *Revista Española de Salud Pública*, 95, 5 de marzo

Rodríguez Cabrero, G. (2004): *El Estado de bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid, Ed. Fundamentos

Sánchez de Dios, Manuel (2012) *Politica comparada*, Sintesis

Taylor-Gooby, Peter (2004): “New Risks and Social Change” en Taylor-Gooby, Peter (ed.) *New Risks, New Welfare*, Oxford University Press, pp.1-28