

LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS PENSIONES DE JUBILACION

Antonio de Mendoza Casas

1. Introducción

La esperanza de vida en España y en los países desarrollados se ha prolongado hasta cerca de los 83 años en 2014, con la particularidad de que en las últimas décadas esta perspectiva de longevidad ha crecido muy lentamente. Han contribuido a ello en gran medida las mejoras en las condiciones socioeconómicas y en la salud pública, incluyendo los avances médicos. De este modo, con jubilaciones forzadas a los 65-70 años, todavía restan otros 20-25 años de vida a una gran parte de la población. Además de contribuir de forma creciente al estrato de población no activa, la ancianidad requiere una financiación más elevada que la población no activa durante su infancia o juventud. De hecho, una parte importante del gasto de las pensiones de jubilación sirve para costear las demandas de atención social y de salud de las personas que han sobrepasado el umbral de vida laboral.

De manera superficial, se ha planteado el problema de la Seguridad Social como de insuficiencia de las aportaciones de la población activa, ante un colectivo de pasivos que ha aumentado la longevidad, sin aclarar que se ha creado un «totum revolutum» con el *Sistema*, integrando el sistema contributivo y el no contributivo y a su vez mezclando las contribuciones de los asegurados y aportaciones procedentes de impuestos, en el que como dice el refrán: «A río revuelto, ganancia de pescadores». A lo largo de este artículo vamos a tratar de desenredar esta madeja.

Desde los inicios de este siglo XXI, la Seguridad Social viene recibiendo fuertes críticas como sistema, pero hasta hace 4 ó 5 años las críticas se centraban en el Sistema de Pensiones.

De ahí mi artículo publicado en *Verbo* en mayo de 2013 (núm. 515-516) en el que trataba de desmontar la crítica centrada en que el aumento de la *Esperanza de vida* ponía en peligro el Sistema Público de Pensiones fundado en el sistema de reparto y argumentando que la solución vendría por un sistema de capitalización privado, en el que estaría ausente la solidaridad, ya que cada asegurado dependería de las aportaciones gestionadas por unos supuestos expertos en inversiones al servicio de un gestor privado. Creo que desmonté sobradamente semejante enfoque en beneficio de grandes grupos financieros oligopolísticos, ávidos de gestionar tan colosales recursos.

En los últimos años el objetivo se ha ampliado al Sistema Público de Salud, que gestiona también enormes recursos, y la crítica ha vuelto a centrarse en la ineficaz gestión del Sector Público.

Tal enfoque parte ya del error de raíz que supone que la Seguridad Social, es y debe ser parte del Sector Público, entendido este como el Estado y su organización o el Gobierno de turno. La Seguridad Social es, y debe ser en esencia, un ente gestionado por los que directamente lo mantienen como cotizantes y sus beneficiarios a título de pensionistas o pacientes de la sanidad.

2. ¿Qué es la Seguridad Social?

Mientras que no hay muchas dudas al hablar del significado de las pensiones de jubilación, conviene precisar de qué hablamos cuando nos referimos a la Seguridad Social:

- Ante todo es una modalidad de seguro y más concretamente un multirriesgo. Los tipos de gestión de seguros pueden ser: 1) privados, gestionados por sociedades mercantiles; o 2) mutualidades y colectivos, constituidos por asociaciones de personas que se reparten entre sí los riesgos a que están sometidos individualmente. En este sentido, la Seguridad Social es una mutualidad con la peculiaridad de poner el acento en la solidaridad de los trabajadores y que fue impulsada inicialmente por los gobiernos de cada Estado. Comenzó en principio acometiendo las coberturas de accidentes y la asistencia sanitaria.

- Las cuotas del sistema contributivo de Seguridad Social, son aportadas en España por los trabajadores y por las empresas. La aportación de las empresas es en realidad una ficción, puesto que en definitiva es una parte del salario y, de hecho, así es considerada por la Empresa, para la que es un gasto de personal, y por la Hacienda pública como gasto deducible de la Empresa como gasto de personal.

- Las coberturas no contributivas son y deben ser asumidas por el Estado en la medida en que se acuerde por el Ejecutivo y el Legislativo.

- Por una corruptela, en la práctica ha sido frecuente mezclar las aportaciones del sistema contributivo con el no contributivo, que por una elemental medida de administración deben estar diferenciados. Al mismo tiempo, como contrapartida, el Estado ha asumido competencias en la administración y disposición de recursos que no le corresponden, tanto en lo referente a pensiones como a la sanidad.

- Como en cualquier otro seguro, privado o no, tanto las coberturas como las aportaciones no pueden ser modificadas externa y arbitrariamente, sino que son las que corresponden a la relación contractual. Es atribución de los asociados beneficiarios el ejercicio de estas competencias. En todo caso, la función del Estado es precisamente garantizar esto y que las modificaciones se realicen cumpliendo los requisitos apropiados. La atribución de funciones por parte del Estado en lo que corresponde a la Seguridad Social, además de ineficiente, va contra el elemental principio de subsidiaridad, que implica que la función que pueda ejercer un órgano inferior no debe ser asumido por otro superior.

- El que sea de carácter obligatorio en determinados casos no modifica su naturaleza de seguro, como no lo hace por ejemplo el Seguro Obligatorio del Automóvil.

La Seguridad Social y dentro de ella el Sistema de Pensiones, es una de las mayores muestras de solidaridad de una comunidad. Su contribución a la estabilidad social es importante, dado que es un factor de redistribución. En la parte correspondiente a la Sanidad, las prestaciones son

independientes de las contraprestaciones que son igualitarias e independientes de las cotizaciones y lo que corresponde a las pensiones reduce en los pasivos las diferencias de rentas en las percepciones salariales existentes de los activos. Aunque existen antecedentes de sistemas de solidaridad entre algunos colectivos, incluso en el antiguo Egipto, en su forma actual se implantó y fue impulsada por el Estado hacia finales del siglo XIX en Prusia. Desde principios del siglo XX se extendió por el resto Europa. En España lo hizo más tardíamente, de forma más generalizada en los años 40 y 50 del siglo pasado, alcanzando cotas de protección que la pusieron en cabeza de los países más avanzados, pero con el lastre de ser gestionada y administrada por el Estado, hurtaándola a un control de los trabajadores.

Aparentemente, la cuestión fundamental de la democratización y autonomía de la gestión de la Seguridad Social parecía abordarse en el RD Ley 36/1978, pero en la práctica tal enfoque, en lugar de llevarlo hasta sus últimas consecuencias mediante un organismo totalmente autónomo y gestionado y controlado por los trabajadores cotizantes y beneficiarios que mantienen el sistema, se frustró.

3. Evolución y crisis de la Seguridad Social

La crisis de la Seguridad Social es una de las cuestiones que más preocupa a la población. Esta inquietud es fomentada y aprovechada por muchos, incluyendo políticos y medios de comunicación a través de declaraciones alarmistas y vacías de contenido. En los primeros años de este siglo XXI y hasta hace poco se ponía el acento en cuestiones supuestamente técnicas y se subrayaba el aumento de la esperanza de vida, tratando de justificar un sistema privado de capitalización y poniendo como ejemplo el tan poco ejemplar sistema chileno. En un artículo previo, ya señalé que si bien la esperanza de vida al nacer ha aumentado en los últimos treinta años, ese incremento ha sido bastante modesto (7 años) en comparación con el periodo anterior 1940-1981 (25 años) y, por tanto, la fuerza argumentativa de ese factor era escasa. En los últimos años, la crítica se ha desplazado a la privatización en

LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS PENSIONES DE JUBILACION general, tanto del Sistema de pensiones como de la Sanidad pública, empezando por la gestión.

Cuestionada la sostenibilidad y ante la amenaza de una privatización progresiva, se ha generado una inquietud e incluso una protesta social tanto de los beneficiarios como de los profesionales de la sanidad. Esto obliga a tratar objetivamente el problema, ya que por la cantidad de recursos gestionados, las funciones de la Seguridad Social (gestión, prestaciones sanitarias y económicas,...) resultan muy atractivas para algunas entidades, tanto en el ámbito de la Sanidad como en el de las Pensiones, con intereses espurios tanto de sujetos privados como de grupos políticos. En el presente artículo, deliberadamente breve, se tratan los aspectos siguientes: situación actual y evolución reciente; problemas más destacados de la viabilidad de las pensiones; el sistema actual de reparto y alternativas; y, por último, las posibles soluciones de equilibrio.

Muestra de la preocupación de la sociedad por las pensiones y su reflejo en los medios de comunicación, es la información recogida en el diario *ABC* (1) sobre las jubilaciones anticipadas, en especial de las grandes empresas, y su repercusión negativa en la Seguridad Social, que ya alcanza cerca de los 10.000 millones de euros.

La misma preocupación sobre la repercusión en la Seguridad Social de las jubilaciones anticipadas se refleja en un amplio artículo de Carlos Sánchez, titulado «Las jubilaciones anticipadas desbordan las primeras previsiones y ya suponen el 44%», del diario digital *El Confidencial*, y en el que asegura que 4 de cada 10 jubilados, durante el primer semestre de 2015, lo hicieron de forma anticipada. El número de jubilaciones anticipadas en el primer semestre de 2015 fue de 67.139 (43,9%) y el de no anticipadas de 85.780 (56,1%).

Es evidente que estas jubilaciones anticipadas debieran ser a costa de las empresas o, en su defecto, a costa de los impuestos si así lo acordara el Legislativo por motivos de interés general. Lo que carece de sentido es repercutirlo sobre la Seguridad Social contributiva y, encima aducir que la

(1) «Los ajustes empresariales disparan las jubilaciones anticipadas casi un 8%», *ABC* (Madrid), 28-8-2015.

Seguridad Social está en crisis. Algo parecido ocurrió en los años 80, en que se incrementó artificialmente el número de personas con invalidez en un millón de beneficiarios, con el fin de reducir el impacto social de las reconversiones industriales. Esta medida tuvo una repercusión demoledora en las cuentas de la Seguridad Social.

Conviene introducir un cuadro de la evolución del volumen relativo de los seguros sociales y su incidencia en la economía española medida en porcentaje del PIB.

CUADRO I. IMPACTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PIB ESPAÑOL

Años	PIB en mill. Euros (1)	PIB en mill. Euros 2016 (2)	% PIB Pres. fiscal incluye SS (3)	% PIB Seguridad Social (3)	% PIB cotizas. Seguridad Social (3)	Gobierno
1970	15.405	313.107	19	6,4	6,4	Franco
1971	17.438	330.119	19,6	6,9	6,9	
1972	20.484	355.090	20,7	7,7	7,7	
1973	24.800	377.481	21,2	7,9	7,9	Carrero
1974	30.244	401.943	21,3	8,2	8,2	Arias
1975	35.469	405.623	21,5	8,7	8,7	
1976	40.261	386.868	22,2	9,1	9,1	Arias
1995	437.787	700.459	44,3	15	9,6	Gonzalez. PSOE
2000	609.319	853.656	39,1	15,1	9,9	Aznar. PP
2005	908.792	1.080.554	38,3	10,5	9,7	Zapatero. PSOE
2010	1.080.913	1.150.091	45,6	11,2	9,8	Zapatero.
2015	1.081.190	1.081.190	43,8	12,6	10,2	Rajoy. PP
2016 (4)	1.113.990	1.113.990		12,6	10,5	Rajoy. PP

(1) *En ptas. de los años 1970-1976 (BBV), pasados a Euros y en Euros de cada año 1995-2016 (INE).*

(2) *Convertidos en Euros de 2016, aplicando IPC del INE.*

(3) *Los datos 1970-1976 son del BBV y los de 1995-2016 son del Ministerio de Empleo y SS. Los de presión fiscal (gastos) son de Expansión.*

(4) *Los datos de 2016 incluyen una estimación del 4º trimestre.*

Para poder comparar las magnitudes de manera más amplia, junto a la evolución del PIB medido en valores de cada año, se ha homogenizado midiendo en Euros actuales (valor año 2016), aplicando la inflación entre el año considerado y 2016.

A través del cuadro se puede comprobar que el porcentaje de cotizaciones sobre el PIB español de cada año ha crecido de manera constante, aunque de manera suave, excepto en el período 1970-1976 en el que lo hace de forma acusada. Sin embargo, la presión fiscal (porcentaje sobre el PIB) ha crecido de manera mucho más rápida, hasta el punto que la presión fiscal desde 1995 hasta la actualidad (año 2016), es prácticamente el doble respecto al año 1976. En paralelo y en contraste, el porcentaje de las cotizaciones de la Seguridad Social respecto al gasto público total o la presión fiscal se han reducido considerablemente.

Las cifras de la columna que se refiere al porcentaje del PIB de la Seguridad Social (gasto), coincide con la de cotizaciones por ese concepto entre 1970 y 1976, pero a partir de 1995 los gastos son apreciablemente superiores a las cotizaciones. Ello se debe a que la diferencia entre ingresos y gastos, se cubre fundamentalmente a través del presupuesto ordinario por ingresos derivados de impuestos.

Este cuadro I y los comentarios deben ser conocidos para el análisis del sistema de Seguridad Social y, más concretamente, para la evaluación del sistema de pensiones, de su futuro y de sus posibles modificaciones. Un primer mensaje es que el porcentaje de cotizaciones sociales respecto al PIB ha crecido de modo ininterrumpido (un 15% desde 1976 a 2016), mientras que su peso relativo en los gastos del Sector Público se ha reducido significativamente (en 1976 representaba el 41% y en 2016 sólo un 28,8%). Esto significa que el gasto público total ha crecido mucho más rápidamente que los gastos y los ingresos en Seguridad Social, o lo que es lo mismo el llamado “Estado de bienestar”, se ha reducido relativamente.

El cuadro I también refleja que a lo largo de 40 años (1976-2016) el porcentaje del PIB en los ingresos y gastos de Seguridad Social, creció de modo suave, mientras que

la presión fiscal total y el gasto público lo hizo exponencialmente, pasando del 22,2% del PIB en 1976 al 43,8% en 2016. Esto contrasta con lo ocurrido en países de un nivel económico superior a España, que incluso actualmente tienen un nivel relativo de gasto público inferior. Es el caso de los porcentajes del PIB en EE.UU. (35,04%), Suiza (33,9%), Canadá (21%), Japón (39,8%), Corea del Sur (21%), Israel (39,9%), Irlanda (29,4%) y Rusia (35,4%). Hay que subrayar que muchos de ellos tienen gastos en defensa muy elevados en porcentaje del PIB, y muy superiores al de España.

4. Crisis del Sistema de Pensiones

Desde hace años se viene diciendo desde diversos medios que el sistema actual de pensiones no es sostenible y paralelamente que la sanidad pública es menos eficiente que con una gestión privada. Tales afirmaciones deben probarse. En el debate se mezclan diversas posiciones, unas objetivas, otras políticas y otras interesadas. Conviene partir de datos reales y actuales.

- Según el INE, la esperanza de vida en 2014 al nacer era de 82,9 años y a los 65 años de 21,1 años, mientras que en 1975 era de 73,3 y de 15,1 años, respectivamente. Esto refleja que la esperanza de vida a los 65 años se elevó en casi 6 años entre 1975 y 2014.

- La población laboral es la que garantiza con sus cotizaciones el pago y cobertura de prestaciones a la población de pasivos. Por tanto, contribuye a la estabilidad del sistema un equilibrio entre la población laboral activa y la pasiva. Como condición previa, se precisa una tasa de reposición mínima de la población. A esto se llega con un índice de fertilidad de 2,1 hijos/mujer. Sin embargo, actualmente en España es de 1,2 hijos/mujer –y con tendencia a la baja–. Es la más baja de Europa Occidental y una de las más reducidas del mundo, a pesar de que la inmigración ha contrarrestado las cifras. Por ejemplo, es llamativo el contraste con Israel, el país más dinámico del mundo, con un índice de fertilidad de 2,62/mujer,

más del doble del español a pesar de su superpoblación en términos de densidad (habitantes/espacio). Entre 1995 y 2000, el índice de fertilidad en España osciló entre 1,18 hijos/mujer y 1,24 hijos/mujer. En comparación, otros países dinámicos, como EE.UU., Reino Unido, Suecia o Francia, gozan de un índice de fecundidad más de un 50% superior al español.

- La población de residentes en España en 2015 era de 46.449.565 personas, desglosadas en 41.995.211 españoles por nacimiento o nacionalización y 4.454.354 de extranjeros. De los españoles, 750.000 correspondían a extranjeros nacionalizados durante el período 1995-2011. Según datos del INE, del total de españoles, 1.969.282 habían nacido en el extranjero. La alta cifra de extranjeros nacionalizados en España, que sólo entre 2009 y 2014 fue de 843.673, debe tenerse en cuenta a efectos de su influencia en determinados aspectos sociales, como son una tasa de natalidad superior a la media española. De modo comparativo, Francia lleva un siglo siendo un importante receptor de inmigrantes. Pues bien, si la cifra de inmigrantes en España fuera proporcional a las cifras francesas en 2011, el número de inmigrantes residentes en España sería inferior en casi tres millones, de modo que la población total española se reduciría a unos 44 millones. Esta reducción repercutiría en un fuerte descenso del número de parados.

- La población ocupada en España fue de 19.049.200 en el tercer trimestre de 2017 y la población activa 22.780.900, con una tasa de paro del 16,38%.

- El número de afiliados extranjeros a la Seguridad Social era de 1.714.736 en 2016. De un total de 4.062.203 con edades comprendidas entre los 16 y 64 años, esta cifra implica una tasa de paro mucho mayor que entre los españoles. Además de representar una baja contribución a la Seguridad Social, suponen un lastre inasumible para el conjunto de la sociedad.

- La población española de hasta 16 años es de 11.468.000. La mayor de 65 años es de 8.701.380 y la mayor de 72 años es de 5.562.000.

- Según información recogida en el diario *La Vanguardia* de 26-7-2016, la pensión media por jubilación en España fue de 1.043,48 Euros/mes. El número total de pensiones contributivas (jubilación, incapacidad, viudedad, orfandad y familiares) fue de 9.417.724, de las que 5.735.483 correspondían a jubilación. El pago mensual por pensiones en julio de 2016 fue de 8.514,94 millones de Euros.

- Las jubilaciones anticipadas se han estado pagando con jubilaciones a los 61 años. En enero-junio de 2015, un total de 67.139 fueron jubilaciones anticipadas, lo que representó el 43,9% del total de las concedidas ese año. A su vez, la edad media de jubilación en 2005 fue de 63,6 años, en 2010 de 63,8, en 2015 de 64,1 años y en 2016 de 64,1 años.

5. Causas de la supuesta quiebra del Sistema de Pensiones

De los datos anteriores se deduce que las situaciones de amenaza a la solvencia y supervivencia de la Seguridad Social pueden resumirse en dos grupos, las de causa no buscada y las provocadas artificialmente.

Causas no provocadas directamente:

- Reducción de la población laboral que contribuye al sostenimiento del sistema. Como dato significativo, baste decir que en 1974 la población ocupada y que cotizaba a la Seguridad Social, era de 13.019.400 trabajadores y sobre una población total de 35.030.800 habitantes, es decir el 37,2% de la población. Pues bien, esa cifra de población ocupada se mantuvo inferior hasta 1998, a pesar del considerable aumento de población, de forma que en 1997 la población ocupada era de 12.932.000, sobre una población total de 39.317.800 habitantes; es decir, que el porcentaje de población ocupada y cotizante se redujo al 32,9% de la población. Y esto acompañado de un aumento desmesurado del sector público y un incremento de la inmigración con repercusión en el paro.

- Reducción de la población potencialmente en edad de trabajar, con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Cuyo efecto negativo empieza a notarse de manera creciente y significativa desde el inicio del siglo XXI.
- Reducción de la población futura debido a una baja natalidad, la mitad aproximadamente de la que mantendría estable la población y, por tanto, con recursos para sostener a la población de pasivos. En la reducción de la natalidad, se suelen aducir causas sociales, que desde luego son evidentes, pero se eluden causas psicológicas e instintivas muy importantes, como que todo ser vivo –animales y plantas– se reproducen si tienen una expectativa de supervivencia en el futuro, y en caso contrario se reduce e incluso se elimina la reproducción y el espacio que queda libre es ocupado por otras especies de inferior calidad en la escala evolutiva. En el hombre eso lo denominamos *esperanza* y es indudable que las expectativas de futuro que perciben los jóvenes son tan escasas que se ven abocados a la autodestrucción, eliminando fórmulas de compromiso imprescindibles para el mantenimiento de la prole.

Causas provocadas de forma deliberada:

- Una política de agresión a la natalidad, a través del fomento del aborto y la anticoncepción, en una escala muy superior a la de otros países de nuestro entorno cultural. Ausencia de una política de apoyo a la familia.
- Llegada masiva de inmigrantes en un corto período de tiempo (2000-2015), impulsada por el «efecto llamada», hasta el punto que el número de extranjeros pasó de 748.900 en el año 2000 a 6.307.300 en el año 2011. Esto ha supuesto un efecto negativo con la creación de una gran población en paro que presiona a la baja sobre los salarios más bajos. Se ha originado una población marginal numerosa, dedicada a la mendicidad o la delincuencia. Hay un aumento de población sin trabajo y que necesita asistencia social y educación, lo que recae principalmente sobre el resto de población activa. Existen otras repercusiones en aspectos aparentemente no relacionados, como es la repercusión de costes elevados en el Sistema

Penitenciario, como consecuencia de unas mayores tasas de delincuencia, y por tanto de penados, totalmente desproporcionadas entre la población inmigrante. En paralelo, gran parte de la población española de origen se vio obligada a emigrar al alcanzar la edad laboral.

- Una mala administración de la Seguridad Social, con excesiva intervención política y con escaso control independiente. Realizando selecciones de personal de alto nivel como Directores de hospital y Directores médicos con criterios subjetivos poco profesionalizados e ineficientes. Lo mismo ocurre con la contabilidad, auditoría e intervención de la administración en la Seguridad Social, escasamente independientes.

- Toma de decisiones muy costosas en base a criterios políticos ocasionales y con poco fundamento técnico, que repercuten muy negativamente en el equilibrio financiero de la Seguridad Social. En este sentido destacan las jubilaciones anticipadas y las declaraciones de incapacidad total o parcial para amortiguar o maquillar problemas de paro y tensión social, como ocurrió a gran escala en el período 1980-1996, con un millón largo de pensiones de invalidez superior a lo que técnicamente hubiera correspondido. Siguen representando un sobrecoste en el momento actual, y que en el pasado inmediato supuso durante años, un sobrecoste estimado o pérdida anual del orden de 10.000 millones de Euros.

- Recientemente, estímulos a la contratación de trabajadores, reduciendo las aportaciones a la Seguridad Social, han provocado que la recaudación de la Seguridad Social, apenas aumenten a pesar del fuerte incremento de empleo.

Como en cualquier Administración todas las deficiencias pueden tener tratamiento si hay voluntad Política y Social de afrontarlas.

6. La privatización de la Sanidad Pública

El inicio de la Seguridad Social, comenzó en su faceta de protección a la salud en Prusia en 1883 con el Seguro Obligatorio de Maternidad y de cobertura del riesgo de

LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS PENSIONES DE JUBILACION enfermedad. En España se inició en 1908, con la creación del Instituto Nacional de Previsión, aunque con un desarrollo práctico muy lento con coberturas a colectivos muy modestos y casi simbólicos hasta los años 40 del siglo XX. Conviene recordar que hasta los años 50, la asistencia sanitaria hospitalaria era excepcional excepto en la beneficencia, ya que normalmente se realizaba en los domicilios, incluidos los partos asistidos por matronas o parteras en los domicilios.

Actualmente, alrededor de un 40% del presupuesto de cada una de las comunidades autónomas españolas se dedica a sanidad. Está muy por encima del gasto en Educación o Transportes. El sector de la sanidad es de enorme importancia financiera, pero también de gran sensibilidad social y preocupa de forma destacada a la opinión pública. El colectivo sanitario es capaz de originar movilizaciones como en muy pocos otros sectores. Son testimonio de ello las manifestaciones recientes («mareas blancas») en contra de las privatizaciones llevadas a cabo a través de la externalización de servicios y prestaciones sanitarias. Lo cierto es que está en el ambiente el temor a que las medidas adoptadas sean los primeros pasos para privatizar la sanidad, con el riesgo de que deje de ser universal y gratuita. Se argumenta que no es sostenible y es poco eficiente.

En España en 2014, es de subrayar que la cobertura pública todavía es mayoritaria, representando la prestación sanitaria por seguros privados menos de un 20% del total y aun esto, las coberturas a veces se solapan o duplican con la Seguridad Social. De modo comparativo, la sanidad privada es más del 75% en EE.UU., soportando la administración pública el gasto restante a modo de beneficencia para las personas que no tienen capacidad de afrontar los gastos por atención de enfermedad. De hecho, los ahorros de las familias americanas se destinan fundamentalmente a planificar los gastos futuros de universidad de los hijos, los de enfermedad de los padres y a los fondos de pensión de jubilación. Diferentes corporaciones privadas se hacen cargo de la gestión de todo ello, actuando el Estado solo de forma subsidiaria.

En el camino de la privatización sanitaria español se externalizan análisis, endoscopias, pruebas radiológicas, e incluso intervenciones quirúrgicas. Gestionan esos servicios empresas privadas que han alcanzado convenios con las administraciones públicas. En este sentido, los ejemplos de la Comunidad valenciana y de Madrid son claros, con el llamado modelo Alzira como parangón. A la vez, los servicios de los centros públicos cada vez están peor dotados y más infrautilizados. El abandono del sistema sanitario público se refuerza con nombramientos de gestores de centros de salud y hospitales con claro perfil político. Vienen a cumplir órdenes de las Consejerías, y a ejecutar la decisión tomada sobre ese Centro. Situación que se está agravando con la imposición de «protocolos» de aplicación obligada, incluso con la amenaza de sanciones. No vienen a buscar la excelencia de atención médica sino a cumplir un presupuesto. Pacientes y personal sanitario pasan a ser un elemento secundario. A reforzar la desconfianza sobre la amenaza de la privatización de la sanidad pública contribuye el nombramiento de políticos en la sanidad y gestores de centros de salud y hospitales con fuerte vinculación a empresas privadas.

El preámbulo del proceso empezó a partir de la Ley 14/1986 en que comenzaron a fusionarse los servicios sanitarios asistenciales, y cubiertos directamente por el Estado, con la Seguridad Social, pero sin la participación en la decisión de los miembros de la Seguridad Social contributiva, que legítimamente eran los propietarios y responsables del Sistema. Este nuevo sistema, sin aportar nuevos recursos, repercutió en dificultar su control económico y la gestión.

Lo lógico hubiera sido reforzar la asistencia no contributiva, cuya gestión dependía del Estado. A su vez ese tipo de asistencia cubierta preferentemente por los hospitales provinciales y los hospitales clínicos universitarios, era aquella cuya gestión podía ser más fácilmente descentralizada en las Diputaciones provinciales o en las regiones.

La asistencia sanitaria, que de ninguna manera debía haberse fragmentado entre las distintas regiones o comunidades, era la sanidad que correspondía a la Seguridad Social contributiva y gestionada a través del INSALUD, puesto que

la Seguridad Social, en puridad, pertenece a los asegurados que deben tomar las decisiones. El fraccionamiento de la sanidad y la seguridad social, contribuye a su ineficiencia en la gestión, al encarecimiento y a la debilidad del sistema financiero de la misma al reducir su tamaño, y a facilitar la corrupción al reducir la independencia de los controles.

Por ejemplo, ¿qué sentido tiene que la llamada receta electrónica de una Comunidad Autónoma no valga en otra? Semejante práctica, entre otras muchas, parece destinada a hacer más ineficiente la Sanidad Pública.

Recientemente se ha planteado una polémica sobre la aceptación o no de una donación por un importe equivalente a 320 millones de Euros. Al margen de que la mayoría de las donaciones son condicionadas, y esas condiciones o limitaciones deben ser valoradas pues pueden llegar a ser una carga, lo cierto es que la aceptación por parte de la Seguridad Social se ha realizado por parte del Poder Político, que no debía tener facultades para ello, pues debería ser competencia exclusiva de los beneficiarios, con un informe preceptivo de los técnicos que hagan uso de la donación en cuestión. Lo que desde luego no procede es una valoración personal del donante que hay que dar por supuesto que es un acto deliberado de generosidad filantrópica.

Como problema añadido, contribuye a la situación de incomodidad e irritación del personal sanitario, la politización de los nombramientos de cargos de responsabilidad y de gestión, que alcanza a niveles intermedios, agravados por una frecuente escasa cualificación. Esta dependencia de los nombramientos intermedios es la que asegura que las órdenes de las Consejerías de Sanidad se lleven a cabo primando los criterios administrativos y de clientelismo político sobre los de excelencia científica y atención médica.

7. Principios que deben regir las pensiones contributivas

Los principios que deben regir el Sistema de Seguridad Social contributiva se deducen de la razón de ser del Sistema, de su creación y de su evolución. Podríamos destacar los

siguientes, aún a riesgo de ser excesivamente detallista en la sugerencia de ciertos aspectos:

- La fragmentación de la Seguridad Social, tanto en las prestaciones, como en la financiación y la gestión, atenta contra el principio fundamental de su razón de ser –la solidaridad– al reducir la base o colectivo en conjuntos más pequeños. Además, desde un punto de vista práctico, hace más ineficiente el sistema al encarecer su gestión y dificultar los controles y hacerlos menos independientes y objetivos. Al mismo tiempo, en el caso de la Sanidad, hace menos fluida y eficiente la asistencia de los beneficiarios (los pacientes) a las prestaciones, al poner obstáculos artificiales tanto a la atención de los asegurados como a la libertad de movimientos de los profesionales de la sanidad, restando además eficacia a la investigación básica y aplicada.

- Siendo un sistema contributivo, su administración y control debe realizarse por el propio colectivo de cotizantes y beneficiarios. Debe gestionarse de manera profesionalizada e independiente, y todo ello con la colaboración y asesoramiento de los trabajadores del sector, que prestan su servicio y que gestionan de forma directa los recursos sanitarios. Ello no es incompatible con un sistema de garantías y supervisión por parte del Estado, quien precisamente debe proteger el sistema y, a su vez, arbitrar medidas para cubrir la asistencia de la población no cubierta por el sistema contributivo. El control estatal no tiene por qué ser distinto al de cualquier mutualidad de seguros.

- La pensión de jubilación y las prestaciones percibidas deben estar en función de las cantidades aportadas (a valor constante actualizado) durante toda la vida laboral. No tiene sentido la progresividad en las prestaciones que ya se aplican en origen con las aportaciones, y sin embargo, es principio esencial en el sistema tributario. Lo mismo cabe decir de un posible copago, que debe referirse y vincularse al tipo de prestación, pero nunca a la renta de los beneficiarios, que en el caso de personas con escasos recursos debe ser subvencionada por el Estado o por instituciones de caridad, pero nunca por las contribuciones de los asociados.

- La vida laboral a efectos de cálculo debe superar los 42 años. La vida media laboral en los años 50, era de unos 45-47 años, dado que era frecuente la incorporación al trabajo como aprendices a los 14 años y la mayoría de personas empezaban a trabajar a los 18 años, salvo los titulados superiores. En los años 70 la vida laboral se redujo y pasó a ser de unos 43-45 años. En 2016, supuesta la jubilación a los 67 años, la vida media laboral media es inferior a 42 años, dado el retraso en la incorporación al trabajo. La pensión garantizada debe ser proporcional a los años cotizados.

- La pensión garantizada sólo debe cobrarse a partir de la edad de jubilación establecida, que será variable según la peligrosidad. Influida por las jubilaciones anticipadas, la edad media de jubilación que se recoge en el apartado anterior (en torno a los 63 años), es injustificable en un sistema contributivo, y desde luego contribuye a hacer insostenible el sistema.

- La edad de jubilación debe establecerse en función de la edad media de incorporación al trabajo, de la esperanza de vida en cada período, de las facultades físicas e intelectuales a la edad considerada y de los años de vida estimados tras la edad de jubilación. En la actualidad, la edad de jubilación debería ser a los 72 años, de manera especial en el sector terciario o cuaternario, que es el más numeroso ocupando más del 65% de la población laboral, puesto que la edad media de incorporación al trabajo se ha retrasado más de 8 años desde los años 60. A la vez, la esperanza de vida se ha incrementado en más de 10 años desde entonces.

- Las jubilaciones anticipadas no deben ser cubiertas por la Seguridad Social contributiva, sino por las empresas y, en su defecto, por los presupuestos del Estado a través de impuestos.

- Toda medida de estímulo concedida como subvención a una persona, empresas o colectivos, rebajando las cotizaciones, debe ser con cargo a impuestos, pero de ninguna manera con cargo a los cotizantes, como ocurriría con cualquier seguro privado o mutualidad.

- Cualquier medida de progresividad en las pensiones, sean de medicamentos o de cualquier tipo de prestación carece de sentido en un sistema contributivo, que de por sí es y debe ser nivelador y solidario y por tanto esencialmente progresivo en su origen. La progresividad debe realizarse en todo caso a través del sistema impositivo.

Tan importante o más que los principios que deben regir el Sistema de Pensiones, es la de quienes deben ejercer el control. Es evidente que, en un sistema social contributivo, deben ser los cotizantes y los beneficiarios los que ejerzan el control. Esto sólo es factible a través de un organismo autónomo, con una burocracia elegida objetivamente a través de un sistema de oposiciones, con un cuerpo de interventores independientes. El sistema de reparto, con los medios informáticos actuales, puede ser gestionado y administrado por un muy reducido número de empleados fijos, elegidos por una selección objetiva a través de oposiciones y que lógicamente en su inicio debe ser seleccionado entre el cuerpo de funcionarios, actualmente sobredimensionado. Aparte de un Cuerpo de Estadísticos e Interventores que controle los gastos e inversiones, debe realizarse un seguimiento continuado de la suficiencia del sistema, que permita proyecciones realistas. Sería conveniente que fuera asistido por un Consejo de Administración formado por jubilados electos o por sorteo, por un tiempo breve de 2 ó 3 años, y con una retribución complementaria de cómo máximo el salario mínimo.

El sistema de reparto debe ser complementado con planes de pensiones voluntarios, con estímulos fiscales con un tope y con aportaciones parciales de la empresa, según lo que se fije en convenios particulares, como de hecho ya se realiza en algunas compañías.

8. Determinantes del Sistema de Seguridad Social

Hay varios factores que influyen en el comportamiento del sistema de Seguridad Social. En el cuadro II se recogen algunos de los más importantes.

CUADRO II.
FACTORES QUE DETERMINAN
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Años	Población en miles (1)	Ocupados total y mujeres (4)	Paro registrado (3)	(2) Tasa bruta natalidad	Nº abortos legales	Salario mín. en moneda constante (E 2006)	% PIB rentas de trabajo (5)
1931	23.812			27,43			
1934	24.583		667.898	26,2			
1935	24.849		674.161	25,74			
1941	26.100		474.808	19,55			
1951	28.095 (57,1)		175.827	19,98			
1956	29.301 (65,7)			20,6			42,6
1961	30.592 (68,4)		130.304	21,70			44,7
1966	32.253 (110,3)			20,5		253,18	49,9
1971	34.003 (110,3)		211.667	19,55		412,33	51,6
1975	35.472			18,9			53,91
1976	35.849 (159,2)	12.777,3 3.628,2 (28,4)	704.200	18,74		539,58	55,11
1980	37.397	11.790,6 3.304,1 (28)		15,21		595,98	53,94
1984	38.386	11.040,3 3.173,8 (28,7)		12,35			50,02
1986	38.605 (293,2)	11.359,2 3.296,7 (29)	2.944.000	11,3	411	542,57	50,15
1988	38.996	12.371,2 3.751,8 (30,3)		10,81	26.069		50,26
1991	39.024 (360,9)	13.015,1 4.185,9 (32,2)	2.539.400	10,4	41.910	543,18	53,06
1992	39.640	12.616,8 4.158,1 (33)		10,15	44.962		53,63
1996	39.282 (539)	12.999,8 4.535,3 (34,9)		9,17	51.006		50,05
2000	40.500 (748,9)	15.642,7 5.766,6 (36,9)		9,85	63.756	520,8	49,7
2006	44.709 (4.142,2)	20.195 8.300,2 (41,1)	1.837.100	10,80	101.592	540,9	47,7
2011	46.816 (6.307,3)	18.153 8.172,8 (45)	5.012.700	10,1	118.359	570,4	49,6
2015		18.094 8.230,8 (45,5)		9,0	94.188	560,60	47,4

(1) Datos INE. Entre paréntesis población extranjera.

(2) Datos INE.

(3) Datos Informe Económico Banco Bilbao 1974, hasta 1971 y posteriormente INE.

(4) El número total de ocupados y de ocupadas mujeres y entre paréntesis el %.

(5) Datos Informe Económico Banco Bilbao 1979 - 1996 y los sucesivos del INE.

El salario mínimo, se elevó a 707,7 Euros en julio de 2017, equivalentes a 601 € en moneda constante de 2006.

- La proporción en el PIB de las *rentas de trabajo*. Si se reducen, repercuten automáticamente en los ingresos de la Seguridad Social, reduciéndolos a su vez y afectando a la estabilidad del sistema. En la columna 8, se puede observar que la proporción de las rentas de trabajo respecto al PIB nacional, sube de manera continuada hasta el año 1976. Desde entonces empieza a reducirse de manera paulatina, con altibajos hasta 1992 y de manera más acelerada a partir de esa fecha. Se pierden casi 8 puntos del PIB entre 1976 y 2015, con una clara repercusión negativa en las cotizaciones de la Seguridad Social. Esto puede verse de forma más precisa utilizando las columnas 5 y 6 del Cuadro I.

- La *natalidad*. Si es muy alta representa un elevado coste, no solamente para la Seguridad Social, sino para la sociedad en su conjunto, que precisará una alta inversión en educación y mantenimiento de una alta proporción de población no productiva. Por el contrario, si la natalidad es muy baja, a corto-medio plazo, acaba haciendo inviable el sistema. Además, condena al suicidio a la sociedad ya que es incapaz de mantener estable la población y a los inactivos tanto por edad como por salud. Si, además, con cargo a la Seguridad Social se financia el aborto y las políticas anticonceptivas –además de su elevado coste– la caída en la degradación y muerte de la sociedad se aceleran.

- Inclusión o distorsión de *garantías no previstas*. Al margen de consideraciones éticas, la inclusión o la ampliación arbitraria de garantías, es incompatible con la técnica del seguro, que exigiría un aumento de las aportaciones o primas. Tal sería el caso de la inclusión del aborto, de la medicación para prácticas anticonceptivas, de las operaciones de cirugía estética que no sean reconstructivas o las de cambio de sexo, las técnicas artificiales de fertilización, etc. A todo ello debería añadirse que muchas de esas actuaciones pueden tener una repercusión negativa sobre la salud femenina, en detrimento de la asistencia sanitaria de la masa de asegurados que realmente necesitan protección primaria de su salud.

- Cualquier tipo de prestación no prevista debe ser presupuestada y cubierta con cargo a impuestos y acordada por el Legislativo de forma preceptiva. De especial relevancia fue la ampliación artificiosa o lasa del número de concesiones de invalidez en los años 80. En 1976, el número de pensiones de invalidez era de 600.188, cuando el número de personas ocupadas era de 12.653.500 y pasó a 1.024.413 en 1980 con 11.366.400 personas ocupadas. En 1985 ascendió a 1.459.400 pensiones de invalidez con 10.561.800 personas ocupadas y continuó aumentando en años sucesivos. Es decir, en menos de una década el número de pensiones de invalidez se multiplicó casi por 2,5. En paralelo hubo un aumento vertiginoso del paro en el sector industrial. Bajo la influencia política con el fin de atenuar tensiones sociales, se redujo artificiosamente la contabilidad del número de parados al incrementar las cifras de invalidez. Todo ello no hay programa de pensiones que lo aguante, con el agravante de que continúa deteriorando el sistema durante un período largo de tiempo.

- Los *movimientos migratorios*. En el caso de la inmigración descontrolada, tal como viene ocurriendo en España en los últimos 20 años, y de manera especialmente numerosa en el período 2005-2011, es un desastre para la sociedad receptora, que no puede dar trabajo. Se constituye entonces una población inactiva que vive a costa de la Seguridad Social, o lo que es peor, se lanza a la marginalidad delictiva o a la mendicidad. La única ventaja, si no fuera un sarcasmo considerarla como tal, es que un alto porcentaje de inmigrantes sin trabajo presiona a la baja sobre los salarios, en especial los más bajos. Su repercusión puede constatarse a través de la evolución del *Salario Mínimo* desde 1976, que ha permanecido prácticamente invariable en 40 años con sucesivos gobiernos, medido en términos reales de Euros constantes. La contradicción, roza la esquizofrenia en su contraste con una alta proporción de población española obligada a emigrar por falta de ofertas de trabajo.

En cantidad racional, la inmigración es positiva para ambas partes, ya que la sociedad receptora recibe los trabajadores que necesita y en los sectores con oferta de trabajo y para los propios trabajadores recién llegados, que pasan a percibir un salario digno y pueden ayudar a sus familias.

Lo mismo ocurre con la emigración, en el caso de personas que abandonan el país emisor por falta de trabajo. En un primer momento puede suponer una sangría de población a la que se ha educado, a menudo mediante subvenciones que recaen sobre toda la sociedad. Sin embargo, si la emigración es racional por parte de profesionales, supone un refuerzo de la libertad de movimientos y una estrategia para mejorar la formación profesional. En cualquier caso, hay que asegurar un retorno proporcional de esos emigrantes, para que suponga un enriquecimiento para el país originario.

9. Propuestas para la Sostenibilidad de la Seguridad Social

El conjunto de problemas con que se enfrenta la Seguridad Social, exige un planteamiento y un conjunto de soluciones diferenciadas. A pesar del peligro de resultar un poco ingenuo y demasiado simplista, me permito sugerir algunas soluciones que pueden resultar útiles.

- La elevación de la esperanza de vida y el acortamiento de la vida laboral, exige elevar la *edad de jubilación* a los 72 años. Ello es posible no sólo por la mejora en la salud de las personas de más de 70 años, sino también porque la mecanización, robotización e informatización actual exigen cada vez menor esfuerzo físico. De hecho, la edad de jubilación ha empezado a retrasarse de manera progresiva hasta llegar a los 67 años. En Suecia incluso se estudia la posibilidad de elevar la edad de jubilación a los 75 años.

- Mucho más complejo es el problema de la *inmigración descontrolada* en un corto período de tiempo. Por un lado, está el problema de los nuevos inmigrantes, que presiona sobre las condiciones de trabajo de una población española ya de por sí subempleada e impulsada a emigrar. La presión es más aguda, si cabe, sobre los inmigrantes residentes en paro y con un elevado grado de marginación.

- Más difícil es el problema de los inmigrantes residentes de manera más o menos irregular. Los delincuentes extranjeros una vez que han cumplido su condena, lógicamente deben ser expulsados. Si bien esa medida reducirá la tasa de delincuencia potencial y la saturación de prisiones, tiene escasa incidencia en el número relativo de extranjeros residentes. Debería ser complementada con incentivos económicos a los extranjeros que quieran retornar a sus países. También son eficaces las inversiones en el exterior, con ayuda preferentemente en educación y sanidad en los países de origen de la emigración. Como complemento a todo ello, es preciso un aumento de la presión policial sobre las mafias que trafican con personas, en especial las marroquíes, y las de explotación sexual.

- La reducción de la proporción de rentas de trabajo en el PIB, con fuerte repercusión en los ingresos de cotizaciones a la Seguridad Social, es un problema ligado a la actividad económica y a la presión que sobre los salarios mantiene la inmigración descontrolada. La mejora de esta situación está ligada a la reducción de inmigrantes y de las tasas de paro. Es una solución a medio plazo, que requiere una preferencia de la inversión sobre el consumo.

- La *baja tasa de natalidad* autóctona es un problema grave. Deben eliminarse las subvenciones al aborto, sustituyéndolas por ayudas al parto y a los primeros meses de vida del recién nacido. De todas formas, la baja natalidad en muchas sociedades tiene solución solo parcial con la eliminación del aborto. China ya ha derogado buena parte de sus controles de natalidad, sin grandes cambios de tendencia hasta el momento. Lo que sí es factible es reducir el impacto global negativo. La eliminación con cargo a la Seguridad Social de la financiación del aborto y las políticas anticonceptivas, tendría como efecto directo inmediato la mejora de la situación financiera de la Seguridad Social. El beneficio indirecto sería una mejora de la salud femenina y, de forma progresiva, un aumento de las tasas de natalidad.

- La *administración y control independiente* del Sistema de Seguridad Social es una necesidad. Este es el problema más complejo, aunque de fácil solución teórica pero difícil solución práctica. Hay que devolver la gestión a quienes les corresponde, por ser los cotizantes actuales o los beneficiarios cotizantes en el pasado. Una medida inmediata eficaz sería que los políticos no hicieran nada, esto es, simplemente que se abstuvieran de intervenir en la Seguridad Social.

- Inclusión o distorsión de garantías no previstas. Al margen de consideraciones éticas, la inclusión o la ampliación arbitraria de garantías, es incompatible con la técnica del seguro, que exigiría un aumento de las aportaciones o primas de seguro. Tal sería el caso de la inclusión del aborto, de las prácticas anticonceptivas, de las operaciones de cirugía estética que no sean reconstructivas o las de cambio de sexo, las técnicas artificiales de fertilización, etc. Como se dice anteriormente, de especial relevancia fue la ampliación artificiosa o lasa del número de inválidos en los años 80, cuyos efectos fueron demoleadores para los años siguientes.

- El papel del *Consejo de Administración* es importante como en cualquier empresa, pues representa el control y la responsabilidad colegiada al máximo nivel. La participación en el Consejo, lógicamente debe corresponder a los que han finalizado su vida laboral, hacia los 72 años, pero con una duración inferior a los 3 años. Puesto que todos los contribuyentes y beneficiarios tienen iguales derechos y obligaciones, el acceso a Consejero debe ser electivo o por sorteo (por ejemplo unos 50, aproximadamente 1 por cada 20.000 trabajadores que alcancen la jubilación, de las poco más de 300.000 que se producen cada año). La retribución como Consejero debe ser modesta, puesto que ya perciben la pensión de jubilados y no debe superar al salario mínimo y los gastos por asistencia al consejo y a las asambleas. Para que sea eficaz la función de consejero en la toma de decisiones, se precisa la asistencia profesionalizada de un cuerpo de funcionarios interventores, auditores e inspectores. La independencia se completa

con la incompatibilidad de cualquier función dentro del sistema de Seguridad Social con el ejercicio de cualquier cargo político.

La informatización del sistema de Seguridad Social, unida a la de su sistema financiero, permitiría que el costo administrativo de todo el sistema fuera muy bajo. En contraste, un sistema privado con diversas empresas en competencia, exigiría unos costes de comercialización, gestión y beneficios empresariales que podrían alcanzar por encima del 40% de las aportaciones.

10. Conclusiones

Un Sistema Público de Pensiones es objetivamente mucho más eficiente que un sistema privado. Las razones son varias: 1) a igualdad de contraprestaciones, la administración pública es mucho más económica; 2) desde el punto de vista del riesgo, la posibilidad de suspensión de pagos y quiebra es mayor en un sistema privado, aunque no fuera más que por su dimensión más reducida; 3) un sistema público, al abarcar a todo el colectivo nacional, es por naturaleza más solidario que uno privado, aunque la fragmentación por Comunidades Autónomas contraviene esta premisa; y 4) la única ventaja del sistema privado es que teóricamente puede ser más independiente y prestarse menos a las influencias políticas de turno. En cualquier caso, el sistema público puede hacer frente al intervencionismo a través de un control autónomo e independiente del poder político.

En junio de 2017 se ha hecho público un informe del *Foro Económico Mundial* en el que se advierte que el mayor peligro de una catástrofe financiera a medio plazo, no procede del mercado de valores o del otorgamiento de créditos de baja calidad, sino del déficit de los fondos de pensiones. Para el año 2050, los fondos de pensiones de seis países desarrollados (EE.UU., Reino Unido, Japón, Países Bajos, Canadá y Australia), se reducirán en 224 billones de dólares. Tal impacto no lo resistirá el sistema financiero mundial. Esto no ocurriría en un Sistema de Seguridad Social Público contributivo, que estuviera al margen del control de los políticos.

Como en cualquier otro seguro privado, no hay impedimento alguno en el cobro de dos pensiones independientes, salvo que esté prevista la incompatibilidad. Por ejemplo, en el caso de dos aportaciones contributivas en matrimonios, son compatibles las pensiones de viudedad con las propias, puesto que cada una tiene prevista la cobertura de viudedad. Es más, no es justificable que la suma de ambas pensiones deba tener por límite la pensión máxima, puesto que se constituyó sin esa restricción.

Los problemas que se suelen exponer en los medios de comunicación son casi marginales. Es más, los factores que más profundamente atacan a la base del sistema son ignorados o eludidos. Así, por ejemplo:

- La base económica del sistema que son los recursos económicos de las *rentas de trabajo*, se ha reducido un 14% entre 1976 y 2015. En paralelo, el salario mínimo se ha mantenido prácticamente constante en términos reales durante ese período. Todo ello perjudicará a la población económicamente más débil en su futuro como pasivos.
- La destructiva y *suicida política demográfica*, al margen de consideraciones éticas, no permite esperar una población futura que sustente a la población activa actual. En este punto, constatar la impresionante cifra de abortos es trágico humanamente a la vez que económicamente irresponsable. España va en dirección contraria a otros países occidentales más dinámicos (Francia, Reino Unido, EE.UU., Israel). Tristemente es la más destructiva del mundo, incluso peor que la de China o India, tan criticados por sus políticas demográficas.
- La *errática política de inmigración* en España es de unas dimensiones desconocidas en ningún otro lugar del mundo. Bajo la apariencia verbal de solidaridad, ha sido irresponsable, y ha condenado a la marginalidad a millones de inmigrantes. Simultáneamente ha perjudicado a las condiciones socio-laborales de la población española y de la población inmigrante ocupada.

Un aspecto que se pone de manifiesto del análisis de datos de este trabajo es que resulta más destructiva una mala

LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS PENSIONES DE JUBILACION
administración que los casos de corrupción que implican apropiación indebida.

Los problemas de la Seguridad Social son estructurales. Los que se refieren al aumento de la esperanza de vida son importantes pero relativamente secundarios, pues eran pre-
visibles desde los años 40. Los mayores incrementos relativos en la esperanza de vida se produjeron en los años 50 y 60. Este asunto ha permitido desviar la atención de problemas mucho más graves, aunque de más fácil solución cuando hay voluntad política.

El equilibrio entre ingresos y gastos de la Seguridad Social se ha mantenido hasta el año 1982, con pequeñas pérdidas. A partir de 1983, el déficit de la Seguridad Social se ha convertido en un problema creciente, aunque se ha mitigado ligeramente desde el año 2005.

En resumen, un sistema de capitalización en un sistema privado exige un proceso de gestión financiera complejo y con elevados riesgos, como ocurrió con las quiebras de entidades financieras de gran dimensión en EE.UU. o los rescates de entidades financieras en la Eurozona. Ello no se ve compensado por una gestión financiera ágil que permita beneficios más elevados durante ciertos períodos, aun suponiendo una gestión impecable que no se preste a manipulación en las inversiones.

El intervencionismo político en la gestión Seguridad Social es un cáncer que debe desterrarse. Eso no quita que haya controles a través del Ministerio de Economía y Hacienda; y en su caso del Ministerio de Sanidad, con las exigencias y requisitos normales comunes a las Entidades de Seguros en su modalidad de Mutualidades e incluso con limitaciones suplementarias sobre la inversión de unas reservas de estabilización.