

Opinión

Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada



Fernando G. Benavides^{a,b,c,*}, Jordi Delclós^{a,b,c,d} y Consol Serra^{a,b,c}

^a Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c IMIM-Parc Salut Mar, Barcelona

^d Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas, Houston, Estados Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de abril de 2017

Aceptado el 11 de julio de 2017

On-line el 27 de septiembre de 2017

Palabras clave:

Políticas de salud

Protección de la salud

Desempleo

Mercado de trabajo

Keywords:

Health policies

Health protection

Unemployment

Labour market

R E S U M E N

La salud de las personas ha mejorado a lo largo del siglo xx, al mismo tiempo que se consolidaba el Estado del bienestar. Este trabajo explora la relación actual del Estado del bienestar y la salud pública. Las funciones esenciales de la salud pública se ejercen como parte del Estado, y su principal reto en la actualidad es conseguir que la salud sea protegida y promocionada en las diferentes políticas públicas, entre otras las de empleo. Los resultados de los estudios que valoran el efecto sobre la salud de los distintos tipos de Estado del bienestar son contradictorios, pero cuando se valora el impacto de políticas concretas, como por ejemplo el subsidio de desempleo, los resultados son positivos y consistentes. Sin embargo, la actual crisis del Estado del bienestar dificulta su continuidad, en gran medida por los cambios en el mercado de trabajo, con empleos más flexibles e inseguros.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Welfare State and public health: a relationship that needs to be updated

A B S T R A C T

Human health has improved throughout the 20th century, at the same time that the Welfare State was consolidated. This paper explores the current relationship between the welfare state and public health. The essential functions of public health are exercised as part of the State, and currently the main challenge is to ensure that health is protected and promoted through different public policies, including employment. Studies assessing the health effect of different types of welfare state are contradictory, but when the impact of specific policies, such as unemployment benefits, is considered, the results are positive and consistent. However, the current crisis of the Welfare State hampers its continuity, largely due to changes in the labour market, with more flexible and insecure jobs.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La tendencia de los indicadores básicos de salud, como la mortalidad general e infantil o la esperanza de vida, ha venido mejorando desde la segunda mitad del siglo xix, como se ha podido comprobar en aquellos países que disponen de esta información¹. Esto ha continuado sucediendo hasta nuestros días, ampliándose a todos los continentes, aunque con diferencias entre ellos. Crisis políticas y económicas, como las ocurridas tras el colapso de la Unión Soviética², han provocado importantes inflexiones, pero sin modificar el patrón general de esta tendencia, que ha sido evaluada globalmente para los últimos 35 años³. La transición epidemiológica y sanitaria ha sido más rápida y constante en los países de renta alta, entre ellos España, donde conviene recordar que, en el año 1900, la esperanza de vida al nacer era de 35 años⁴. Este descenso

de la mortalidad ha continuado en España incluso después del inicio de una grave crisis económica en 2008, en especial en los grupos socioeconómicos más vulnerables⁵.

Tal tendencia positiva es consecuencia de múltiples factores, entre ellos las mejoras de las condiciones de vida (saneamiento, educación, vivienda, movilidad, etc.) y de trabajo (abolición del trabajo infantil, reducción de la duración de las jornadas de trabajo, mejora de las condiciones materiales y salariales, etc.), junto a la existencia de un sistema sanitario de cobertura universal, que facilita el acceso a medidas preventivas y terapéuticas cada vez más efectivas. Estas mejoras no son ajenas a la aparición y la consolidación del Estado del bienestar a lo largo del siglo xx, sobre todo a partir de su segunda mitad, que ha ido ampliando sus políticas sociales en cuanto a cobertura y generosidad. Un reciente trabajo en el que se compara el incremento de la esperanza de vida de los Estados Unidos y otros 17 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) similares en renta, encuentra que el menor incremento de la esperanza de vida en los Estados

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando.benavides@upf.edu (F.G. Benavides).

Unidos respecto al resto de los países se explica principalmente por la menor generosidad de su Estado del bienestar⁶.

Efectivamente, el *Stato* que mencionaba Maquiavelo en *El Príncipe* de la Florencia de 1513⁷ ha experimentado profundos cambios en estos cinco siglos, desde un Estado solo garante de la seguridad (defensa, orden público y administración, general y de justicia), a favor en exclusiva de los intereses de los poderosos, a un Estado que en la medida en que se democratizaba fue asumiendo también las políticas de educación, salud, pensiones o dependencia, entre otras, y cuyo objetivo central es garantizar, por un lado, los derechos democráticos, y por otro lado el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables. Como afirma Judt⁸, el siglo xx ha sido, especialmente en Europa, el siglo de la consolidación del Estado del bienestar. Al referirnos a España, dentro de los países de la OCDE (tabla 1), observamos que entre 1980 y 2016 se ha producido un incremento del gasto social (que incluye pensiones, supervivencia, incapacidad por razones de salud, ayudas familiares, desempleo, políticas activas de empleo y vivienda), de un 15% en 1980 a un 24,6% en 2016, situándose entre Francia, que creció desde el 20,2% al 31,5%, y los Estados Unidos, que creció del 12,8% al 19,3%, en esos mismos años⁹.

En este contexto, como han señalado Rodríguez-Ocaña y Martínez-Navarro¹⁰, la práctica de la salud pública en España se ha ido configurando como parte del Estado, especialmente desde la Ilustración; al inicio, garantizando el control de las epidemias de las enfermedades contagiosas mediante la cuarentena o el aislamiento, y en la actualidad hemos de añadir a esa función primordial de protección otras nuevas de promoción de la salud de las personas, destacando entre ellas la reducción de las desigualdades en salud. Este objetivo es compartido con otras instituciones y políticas del Estado del bienestar, como vivienda, educación, empleo, etc. Las funciones de salud pública son desarrolladas principalmente por las administraciones sanitarias, ejerciendo, cuando es necesario, el papel de autoridad sanitaria, con su derivada coercitiva si ha lugar. Como ejemplos, entre otros, cabe mencionar la prohibición de fumar en lugares públicos o el control de la higiene de los alimentos y del agua de consumo. Otras veces, esta función, como abrochase el cinturón de seguridad cuando se va en coche, o el control de las condiciones de trabajo para que no afecten de manera adversa a la salud de las personas que trabajan, se ejerce desde otras administraciones, como la de tráfico y la laboral, respectivamente. Establecer alianzas con estos diferentes componentes del Estado y con la sociedad civil es la base de la actual estrategia de «salud en todas las políticas»¹¹. Este enfoque, en un ámbito más local, más próximo a la comunidad, encuentra su expresión práctica en los modelos de promoción de la salud basados en activos¹². Dicho papel de la salud pública ya ha sido definido (fig. 1) como una bisagra entre las políticas sanitarias (fundamentalmente asistenciales) y las otras políticas (educación, medio ambiente, movilidad,

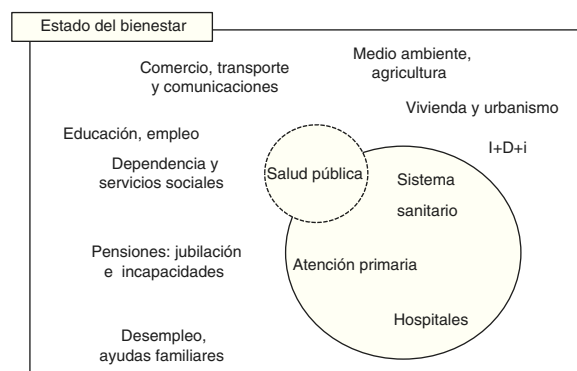


Figura 1. La salud pública como bisagra entre las políticas sanitarias y el resto de políticas del Estado del bienestar que influyen sobre los determinantes de la salud.

protección social, etc.) del Estado del bienestar, las cuales influyen sobre los determinantes de la salud de las personas¹³.

De acuerdo con estas premisas, el objetivo del presente trabajo es explorar la relación actual entre el Estado del bienestar y la salud pública, en este primer artículo, para definir después el papel singular de la salud laboral en esta relación en un segundo artículo.

Estado del bienestar

El desarrollo de políticas y programas públicos destinados a garantizar las necesidades básicas del bienestar de los ciudadanos es lo que se ha venido a llamar «Estado del bienestar»¹⁴. En función de cómo ha sido el proceso de transformación del Estado para asumir la responsabilidad en el bienestar de los ciudadanos, este va desde residual (atento solo cuando falla el mercado o la familia, y por ello limitándose así a los más vulnerables) a universal y generoso, en el otro extremo, incluyendo a toda la población y prestando servicios de calidad.

En cada país, el proceso histórico ha sido el resultado de diferentes vectores que van desde la lógica de la industrialización, necesitada de legitimización y capacidad de reproducción, hasta la presión de los trabajadores a través de los sindicatos (movilización) y partidos progresistas (votos), pasando por la emergencia de un nuevo corporativismo conservador paternalista. De hecho, el inicio de las primeras políticas de bienestar social puede situarse en 1898, con Bismarck, un político conservador que crea el primer seguro de vejez, el cual, junto al seguro de enfermedad, daba forma a una primera e incipiente red de seguridad social para los trabajadores¹⁵. Esta iniciativa hunde sus raíces en los gremios del antiguo régimen, cuyos objetivos fueron, por un lado, potenciar la estratificación social, entre los que están afiliados a la seguridad social y los que no, y por otro lado conseguir la lealtad y el agradecimiento de los beneficiarios a la autoridad del Estado, debilitando de paso la fuerza del movimiento obrero en la recién unificada Alemania de entonces.

En España (tabla 2), cuyos primeros pasos también se dan al inicio del siglo xx con la Ley de Accidentes de Trabajo y la regulación del trabajo de mujeres y niños (1900), su desarrollo se acelera con la II República y se consolida tras la recuperación de la democracia en 1978 y el ingreso en la actual Unión Europea en 1986. Los Pactos de la Moncloa en 1977 y los Pactos de Toledo en 1995 son hitos también importantes en el proceso de construcción del Estado del bienestar en España¹⁶.

Tipos de Estados del bienestar

Según el trabajo seminal de Esping-Andersen¹⁴, el Estado del bienestar puede ser liberal (residual), conservador (paternalista) o

Tabla 1

Gasto social expresado como porcentaje del producto interior bruto en España y otros países seleccionados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

	1980	1990	2000	2010	2016
España	15,0	19,2	19,5	25,8	24,6
Alemania	21,8	21,4	25,4	25,9	25,3
Francia	20,2	24,3	27,5	30,7	31,5
Reino Unido	15,6	15,2	17,7	22,8	21,5
Estados Unidos	12,8	13,2	14,3	19,3	19,3
Suecia	24,8	27,2	26,8	26,3	27,1
OCDE total	14,9	16,9	18,0	21,1	21,0

El gasto social incluido es pensiones, supervivencia, incapacidad salud, ayudas familiares, desempleo, políticas activas de empleo y vivienda. No se incluye el gasto en educación.

Fuente: OCDE Social Expenditure Database (SOCX). Disponible en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>

Tabla 2

Principales hitos que han ido definiendo el Estado del bienestar en España, desde 1900 hasta la actualidad

Etapas	
1900-1939	Accidentes de trabajo (1900) Instituto Nacional de Previsión (1908) Retiro obrero (1919)
1940-1976	Seguro de maternidad (1929) Seguro obligatorio de enfermedad (1942) Seguro de enfermedades profesionales (1947) Seguro de desempleo (1961)
1977-2016	Ley general de educación (1970) Pactos de la Moncloa (1977) Sistema Nacional de Salud (1986) Pactos de Toledo (1995) Dependencia (2006)

Fuente: elaboración propia a partir de ref. 15.

socialdemócrata (universal). Brevemente, el primero, del cual los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia serían su referencia, se caracteriza por ofrecer programas asistenciales solo a los ciudadanos con unos ingresos por debajo de un nivel y con beneficios modestos, asociando a estos beneficiarios el estigma de la pobreza y la marginalidad. En la segunda categoría, cuyo ejemplo serían Alemania, Italia o Francia, se sitúan países con una larga tradición corporativista, donde la familia y las organizaciones religiosas desempeñan un papel relevante en la provisión de servicios sociales, y se reconocen los derechos sociales (pensión, desempleo o enfermedad, entre otros), pero sin reducir la estratificación social. Por último, en tercer lugar, está la categoría que incluye a los países escandinavos, caracterizados por la universalidad de los derechos y el alto nivel de calidad de los servicios prestados, integrando en su cobertura a las clases medias. Este último elemento es importante, pues evita que las clases medias busquen los servicios de mayor nivel (educación, pensiones o sanidad, por ejemplo) en el mercado y la iniciativa privados. Por el contrario, los otros tipos de Estado, principalmente liberales, que solo ofrecen servicios mínimos y con frecuencia de baja calidad, facilitan que las clases medias, que pueden permitírselo, busquen servicios de más calidad en el mercado, como ya ocurre en educación y salud en España. De manera similar, los profesionales marchan al ejercicio privado en busca de mejores oportunidades salariales y de prestigio. Ambos fenómenos provocan que los servicios sociales que cubren en exclusiva a las clases populares, principalmente en los Estados de régimen liberal, sean marginales. En resumen, se depende del grado de cobertura y generosidad para acceder y disfrutar de derechos básicos (salud, educación, pensiones, etc.), sin recurrir al mercado regulado por las leyes de la oferta y la demanda (*decommodification*), lo que define el grado de desarrollo de cada Estado del bienestar.

Pero además de la dicotomía entre mercado y Estado, también hay que tener en cuenta el papel de la familia en la caracterización del Estado del bienestar. Así, el tipo socialdemócrata facilita la emancipación de los ciudadanos, no tan solo del mercado, sino también de los modelos de familia tradicional, potenciando su autonomía. Por el contrario, en los otros tipos de Estado del bienestar, especialmente en el conservador, se potencia el papel de la familia para hacer frente a algunas de las necesidades básicas, como por ejemplo el cuidado de los dependientes (niños, ancianos y discapacitados). Esto dificulta, entre otras cosas, que la mujer pueda decidir si se incorpora al mercado de trabajo o no, dado su rol asignado dentro de la familia tradicional.

La utilización de esta clasificación debe hacerse con prudencia, pues en la mayoría de los países existen elementos liberales, conservadores y socialdemócratas en sus respectivas políticas de bienestar social¹⁷. Además, a esta clasificación inicial se han añadido otras que, con un criterio más geopolítico, incorporan los países del Sur¹⁸ y del Este de Europa¹⁹, así como otras regiones

como América Latina y los países árabes²⁰ o del Este Asiático²¹. Por ello se ha propuesto que lo que clasifique a las políticas sociales de un país sea un indicador de la generosidad de cada una de ellas, que tenga en cuenta: 1) las condiciones de acceso, 2) su cobertura en cuanto a población incluida, 3) la duración de los beneficios y 4) muy importante, la cuantía (*replacement rate*) del subsidio²².

En España, que ha tenido su propio desarrollo histórico fruto de políticas mixtas desde conservadoras y liberales hasta socialdemócratas, las actuales políticas sociales llegan a cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos, si bien su cobertura y calidad son limitadas, y además se han visto deterioradas por la recesión económica iniciada en 2008. Un claro ejemplo de este retroceso lo representa el RD 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en el que se establecía dejar fuera del sistema sanitario a poblaciones especialmente vulnerables, como los inmigrantes sin residencia²³. El último Informe FOESSA evalúa con severidad sus limitados resultados en cuanto a combatir la pobreza y reducir las desigualdades producidas o agravadas por el mercado²⁴.

Estado de bienestar y salud

Estudios recientes que han comparado los tipos de Estado del bienestar y diferentes indicadores de salud han encontrado resultados contradictorios. Así, algunos han observado que los Estados del bienestar clasificados como más generosos, como los escandinavos, presentan paradójicamente mayores desigualdades en diversos indicadores de salud entre la clase ocupacional más alta respecto a la baja^{25,26}. Tales resultados parecen cuestionar los efectos positivos que para la salud tiene el desarrollo de las políticas sociales que definen el progreso del Estado del bienestar. Como señalan Beckfield y Krieger²⁷ en una revisión de la literatura hasta 2009, la investigación sobre los efectos del Estado del bienestar y las desigualdades en salud ofrece resultados profundamente divergentes.

Las posibles explicaciones a esta paradoja han sido discutidas por Mackenbach²⁸, quien señala el posible papel que pueden desempeñar los determinantes inmateriales, relacionados con la cultura y los factores psicosociales, y por Bambara²⁹, que habla del *puzzle* de la salud pública, señalando la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los análisis³⁰; aspecto ya señalado por Esping-Andersen³¹ cuando propone que maximizar la compatibilidad entre la fertilidad y el empleo de las mujeres es una de las claves para garantizar la sostenibilidad del Estado del bienestar durante el siglo XXI.

Mackenbach³² llama a reevaluar el papel del Estado del bienestar sobre la salud a partir de políticas sociales concretas, como por ejemplo evaluar el impacto de la protección del desempleo. Efectivamente, cuando se miden elementos concretos de las políticas sociales puede observarse que sus efectos son mayores allí donde la generosidad es mayor. Entre ellas, la más frecuentemente estudiada en relación con la salud ha sido la protección del desempleo, ya que los ingresos obtenidos a través del empleo constituyen la base principal de recursos para la mayoría de las personas. Así, al comparar entre 23 países europeos, aquellos donde la protección del desempleo era de casi el 100% del salario, la proporción de personas que habían padecido un deterioro de la salud entre 2006 y 2009 fue del 6%, frente al 11% donde la cobertura era del 50%³³. Igualmente se ha comprobado, en un estudio sobre 26 países europeos con datos de 1970 a 2007, que un incremento de un 1% en la tasa de desempleo incrementa la mortalidad por suicidio en personas menores de 65 años. Por contra, este efecto se reduce e incluso desaparece cuando existen políticas activas para el empleo (formación, estímulo financiero a la contratación de desempleados jóvenes o mayores, etc.)³⁴. Finalmente, un estudio que

compara las tasas de desempleo y la mortalidad por suicidio, entre 1960 y 2012, en 30 países desarrollados agrupados según el tipo de Estado del bienestar, encuentra un claro gradiente en la magnitud del efecto del desempleo sobre la mortalidad por suicidio entre los países escandinavos (protección del 72% del salario) y «bismarkianos» (71%) respecto a los países anglosajones (61%), del Sur de Europa (55%) y del Este de Europa (56%)³⁵. Estas diferencias en la protección del desempleo son también la explicación más razonable que encontramos ante el hecho de no observar diferencias en el riesgo de morir entre empleados y desempleados mayores de 50 años en Bélgica, mientras que en España, en una población similar, los desempleados tienen un 50% más de riesgo de morir que los empleados³⁶.

En resumen, la evidencia disponible muestra un claro efecto protector sobre la salud de las políticas del bienestar desarrolladas por el Estado en relación con la protección frente al desempleo³⁷. Tales evidencias deben ser ampliadas de manera sistemática a otras políticas, como las políticas activas de empleo, las de conciliación de la vida laboral y personal, las de protección de la maternidad o las de incapacidades, para valorar su impacto en la protección de la salud de las personas que trabajan, especialmente de los más vulnerables; igual que ya se ha hecho con otras políticas que interactúan con las políticas sociales y que también influyen sobre los determinantes de la salud, como las de movilidad, por ejemplo³⁸. Es un programa de investigación que debe ser desarrollado sin demora.

Crisis del Estado del bienestar

Ahora bien, el problema en la actualidad es que, además, el Estado del bienestar está sometido a fuertes presiones de distinta naturaleza, lo que dificulta aún más la consecución de sus objetivos. Por un lado, hace frente a elementos exógenos a las políticas de los Estados, como la globalización y las nuevas tecnologías, y por otro lado a elementos endógenos, como la transformación de las economías industriales en economías de servicios y un mercado de trabajo cada vez más flexible e inseguro³⁹; una situación en la que las políticas nacionales han perdido cierta capacidad para hacer frente a las viejas (educación, salud, pensiones) y nuevas demandas sociales (nuevos modelos de familia y envejecimiento). Entre ellas, destaca la derivada de los cambios en el mercado de trabajo, que se han acelerado durante la crisis iniciada en 2008⁴⁰. Esto es, por un lado, se crea empleo para ocupaciones que exigen una alta cualificación, intensivas en la generación y gestión de información y conocimiento, y por otro crece la demanda de empleo para ocupaciones poco o nada cualificadas, muy inestable contractualmente y con bajo salario. Frente a ello, los mecanismos de protección social están siendo sometidos a recortes en su cobertura, acceso y cuantía, lo que disminuye o hace desaparecer su efecto protector sobre la salud, especialmente en los grupos más vulnerables⁴¹.

En medio de estas profundas transformaciones, de manera particular las relacionadas con el mercado de trabajo y los mecanismos de protección social, la salud laboral puede tener un papel más directo al conectar la salud pública con la seguridad social, como parte del Estado del bienestar, como veremos en la segunda parte de este artículo⁴².

Contribuciones de autoría

Durante años, los autores y la autora han trabajado juntos y han compartido las ideas y la información recogida en este manuscrito, cuyo primer borrador fue elaborado por F.G. Benavides y después fue revisado varias veces por C. Serra y J. Delclós. Los tres están de acuerdo en esta última versión.

Agradecimientos

A Carlos Delclós, por proporcionarnos las lecturas iniciales para empezar a entender el significado del estado de bienestar, y a Julia García Gozalbes, por facilitar, en aquellas semanas frías y luminosas de invierno, la escritura de un primer borrador en la Biblioteca Pública Felipe González de nuestro pueblo.

Financiación

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III-FEDER, mediante el proyecto *Estado de bienestar y salud: mercado de trabajo, incapacidad y mortalidad* (P114/00057) y el Programa 6 del CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Bibliografía

1. Mckeown T, El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI Editores; 1982.
2. Stuckler D, King L. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373:399–407.
3. GBD 2015 Mortality, Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1459–544.
4. Robles E, Benavides FG, Bernabeu J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública*. 1996;70:221–33.
5. Regidor E, Vallejo F, Granados JA, et al. Mortality decrease according to socio-economic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. *Lancet*. 2016;388:2642–52.
6. Beckfield J, Bamba C. Shorter lives in stingier states: social policy shortcomings help explain the US mortality disadvantage. *Soc Sci Med*. 2016;171:30–8.
7. Maquiavelo N. El príncipe. Madrid: Alianza; 2010.
8. Judt A. Thinking the twenty century. London: Penguin Press; 2012.
9. OECD Stats. (Consultado el 13/2/2017.) Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG.
10. Rodríguez-Ocaña E, Martínez-Navarro F. Salud pública en España: de la Edad Media al siglo XXI. 2008.
11. Hernández-Quevedo C, Peiró R, Villalbí JR. La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica, Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit*. 2016;30 Supl 1:1–2.
12. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit*. 2016;30 Supl 1:93–8.
13. Benavides FG, Duran X, Rodríguez M. Salud pública y estado de bienestar. En: Piedrola Gil, et al., editores. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 1036–44.
14. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. London: Polity; 1990.
15. International Labour Office. World Social Security Report 2010/11: providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva: ILO; 2010.
16. Castillo S. coordinador. *Solidaridad, seguridad y bienestar. Cien años de protección social en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 2008.
17. Bamba C. Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:1098–102.
18. Ferrera M. The 'Southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*. 1996;6:17–37.
19. Aidukaite J. Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: challenges and implications. *Journal of Communist and Post-Communist Studies*. 2009;42:23–39.
20. Muntaner C, Benach J, Tarafa G, et al. The welfare state and global health: Latin America, the Arab world and the politics of social class. *Gac Sanit*. 2011;25:445–7.
21. Abdul Karim S, Eikimo TA, Bamba C. Welfare state and population health: integrating the East Asian welfare states. *Health Policy*. 2010;94:45–53.
22. Scraggs L, Allan J. Welfare State decommodification in eighteen OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy*. 2008;16:56–72.
23. López-Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal de nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2012;26:298–300.
24. Fundación FOESSA. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, 2014. (Consultado el 13/2/2017.) Disponible en: <http://www.foessa2014.es/informe/index.php>
25. Eikimo TA, Bamba C, Joyce K, et al. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health*. 2008;18:593–9.
26. Eikimo TA, Bamba C, Judge K, et al. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2008;66:2281–95.

27. Beckfield J, Krieger N. Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities, evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiol Rev.* 2009;31:152–77.
28. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med.* 2012;75:761–9.
29. Bambra C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health “puzzle”. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:740–5.
30. Lunau T, Bambra C, Eikemo TA, et al. A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *Eur J Public Health.* 2014;24:422–7.
31. Esping-Andersen G. The sustainability of welfare states into the twenty-first century. *Int J Health Serv.* 2000;30:1–12.
32. Mackenbach JP. Public health and welfare. *Eur J Public Health.* 2011;22:1.
33. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68:657–62.
34. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 2009;374:315–23.
35. Norström T, Grönqvist H. The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:110–6.
36. Duran X, Vanroelen C, Deboosere P, et al. Social security status and mortality in Belgian and Spanish male workers. *Gac Sanit.* 2016;30:293–5.
37. O’Campo P, Molnar A, Ng E, et al. Social welfare matters: a realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Soc Sci Med.* 2015;132:88–94.
38. Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, et al. Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study. *Am J Public Health.* 2010;100:2220–7.
39. Pierson P. Post-industrial pressures on mature Welfare State. *The new politics of the Welfare State.* Oxford: Oxford University Press; 2003.
40. Labonté R, Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:312–8.
41. Sjöberg O. Positive welfare state dynamics? Sickness benefits and sickness absence in Europe 1997–2011. *Soc Sci Med.* 2017;177:158–68.
42. Benavides FG, Delclós J, Serra C. El Estado de bienestar y la salud pública, el papel de la salud laboral.(sometido a *Gac Sanit*).