
STEPHANIE CARRETERO, JORGE GARCÉS
y FRANCISCO RÓDENAS
(Universidad de Valencia)

La política social en Hungría

I. Introducción. II. La reforma económica y sus efectos sociales. III. El gasto social. IV. El mercado de trabajo: A) Características de los salarios; B) Legislación para la protección del empleo; C) Políticas del mercado de trabajo. V. El sistema de seguros sociales. VI. El sistema de salud. VII. El sistema educativo. VIII. El sistema de impuestos y las políticas sociales: la función de los impuestos en la configuración de las políticas sociales. IX. Conclusiones.

I. INTRODUCCIÓN

La euforia que supuso la proclamación de la República de Hungría en octubre de 1989 para los ciudadanos de este país, en cuanto que les situaba en una posición “privilegiada” semejante a sus vecinos de la Europa Occidental, se desvaneció rápidamente. De hecho, la transformación de los sistemas económico y político –el paso de una economía centralmente planificada a una economía de mercado, y del comunismo a la democracia pluripartidista– tuvo duras consecuencias sobre el bienestar de la población húngara. La transición político-económica conllevó el replanteamiento de todo el sistema de política social existente; difícil tarea considerando que, además de adaptarse al nuevo marco europeo, Hungría debía intentar amortiguar cuanto antes las consecuencias sociales negativas de la transición.

En este trabajo se analizan integralmente los cambios acontecidos en la política social durante el proceso de transición de Hungría. En primer lugar, se presentará una breve panorámica de la repercusión socioeconómica de la transición, para después centrarse más específicamente en la evolución y transformación de cada sistema de protección social. Revisaremos el gasto social, el mercado de trabajo, los sistemas de seguridad social, sanitario y educativo, así como sus relaciones con el sistema impositivo.

II. LA REFORMA ECONÓMICA Y SUS EFECTOS SOCIALES

En el proceso de transformación económica, Hungría tuvo que abordar algunas reformas, como el recorte de los gastos estatales; la privatización de la actividad

económica; la liberalización de los precios, de los salarios y de las ayudas sociales ¹, que sumieron al país en una importante crisis económica a principios de la transición. Ante esta desalentadora situación, la Administración húngara introdujo en marzo de 1995 el denominado “paquete de estabilización”, que consistía en la puesta en marcha de varias medidas económicas restrictivas que permitieron, a partir de la segunda mitad de 1996, observar claros síntomas de recuperación económica. Paralelamente a estos avances, se establecieron y fortalecieron las instituciones jurídicas y financieras de la economía de mercado. El efecto no tardaría en materializarse: la imagen económica de Hungría había mejorado considerablemente. De hecho, desde 1997, “la economía húngara está surgiendo como una economía fuerte”².

Tabla 1.
Indicadores económicos. 1990-2001

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------|
| Crecimiento real del PIB. Variación anual respecto al año anterior, en porcentaje ^a | | | | | | | | | | | | |
| PIB | - | - | - | - | - | 1'5 | 1'3 | 4'6 | 4'9 | 4'2 | 5'2 | 3'8 |
| Tasa de Inflación ^b | | | | | | | | | | | | |
| Media anual % | 28'9 | 35'5 | 23'0 | 22'5 | 18'8 | 28'2 | 23'5 | 18'3 | 14'2 | 10'0 | 10'0 | 9'9 (ene.-sept.) |
| De diciembre a diciembre | - | - | - | - | - | - | 19'9 | 18'6 | 10'1 | 11'4 | 10'0 | 8'0 (sept.-sept.) |
| Tasa importación-exportación con los países de la UE-15. En porcentaje del total ^c | | | | | | | | | | | | |
| Exportaciones hacia la UE-15 | - | - | - | - | - | - | 69'7 | 71'2 | 72'9 | 76'2 | 75'1 | - |
| Importaciones de la UE-15 | - | - | - | - | - | - | 62'3 | 62'8 | 64'1 | 64'4 | 58'4 | - |

Fuentes: (a) COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001 sur les progrès réalisés par la Hongrie sur la voie de l'adhésion*, Commission des Communautés Européennes, Bruselas, 2001; Para dato 2001: HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Statistical Report 12/2001: Comprehensive Assessment*, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002; (b) 1990-1995: BERD: *Rapport Annuel*, BERD, Londres, 1998, y COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.; (c) COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

¹ Carmen GONZÁLEZ: “Transformaciones socioeconómicas en Hungría desde 1989”, *Papeles del Este: Transiciones postcomunistas* n° 1 (2001); on-line en www.ucm.es/BUCM/ceelpapeles/01/actas.htm.

² Zsigmond JÁRAYI: “La economía húngara en los próximos años”, *Economía Húngara*, n° especial en español (1999), on-line en www.ikm.iif.hu/Huneco/spa/p11.htm.

La evolución de la economía húngara desde la transición puede comprenderse analizando el crecimiento de sus principales indicadores (Tabla 1). Por ejemplo, el PIB, con una evolución negativa entre 1990 y 1993 (entre -0'8 y -11'9%), ha ido creciendo desde entonces registrando valores positivos. En el año 2000 alcanzó la tasa más elevada desde el principio de la transición: un 5'2%³. No obstante, el 2001 no ha sido tan positivo en cuanto que el PIB sufrió un descenso importante situándose en un 3'8%⁴.

Respecto a la *inflación*, podemos destacar que también en este caso la situación ha ido mejorando, pasando de tasas altas durante el período de transformación económica hasta alcanzar tasas de una sola cifra. En concreto, desde 1999, la inflación húngara no supera el 10%⁵.

Por otra parte, el comercio exterior húngaro ha buscado nuevos mercados en la Europa Occidental, y desde 1997, las *exportaciones* han aumentando⁶. De hecho ahora son los países de la Unión Europea [UE] los principales destinatarios de sus exportaciones. Por ejemplo, las exportaciones hacia la UE se han estabilizado en un 75%, mientras que las importaciones de estos países han caído a un 58%⁷.

Sin embargo, los efectos sociales de la implantación del paquete de estabilización no fueron tan prometedores. De hecho, como señala De Cueto las diferentes medidas de este paquete “suponían el mayor atentado contra el Estado de bienestar”, en cuanto que “racionalizaron los pagos familiares y por maternidad, introducían por primera vez tasas educativas y sanitarias y subían la edad de jubilación”⁸. En concreto generaron, entre otras, las siguientes consecuencias negativas: (a) disminuyó el valor neto de los ingresos, (b) se deterioró la situación de las clases medias y (c) se desarrollaron estructuras sociales polarizadas.

Así, las repercusiones de los graves problemas económicos que ha ido sufriendo este país sobre la sociedad húngara se pueden estudiar a través de diferentes indicadores sociales. Por ejemplo, el estado general de la salud de los húngaros es inferior al de los ciudadanos comunitarios, y en algunos aspectos, que al de los otros países de la Europa Centro Oriental⁹. Asimismo, la esperanza de vida es inferior a la media europea, y en el caso de los hombres no alcanza ni los 70 años (66 años en varones y 75 años en mujeres¹⁰).

³ HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Major Data*, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002; *on-line* en www.ksh.hu/pls/ksh/docs/index_efontosabb_adatok.html; COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001 sur les progrès réalisés par la Hongrie sur la voie de l'adhésion*, Commission des Communautés Européennes, Bruselas, 2001; *on-line* en <http://europa.eu.int/comm/enlargement>.

⁴ HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Statistical Report 12/2001: Comprehensive Assessment*, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002; *on-line* en www.ksh.hu.

⁵ OCDE: *Études Économiques de l'OCDE: Hongrie 1999/2000*, OCDE, París, 2000.

⁶ OCDE: *Études Économiques de l'OCDE: Hongrie 1999/2000*, cit.

⁷ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

⁸ Carlos DE CUETO: *La transición política en Europa Central: Una experiencia de consolidación democrática*, Universidad de Granada, Granada, 2001, pág. 254.

⁹ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: “Boletín Semanal”, *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/31 (2001); *on-line* en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

¹⁰ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: “Boletín Semanal”, *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/6 (2001); *on-line* en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

Por otro lado, la *estructura social* húngara también se ha visto afectada ¹¹. Efectivamente, las primeras reformas económicas provocaron la apertura del abanico de los ingresos, que junto con el recorte de las ayudas sociales de la política restrictiva de 1995, provocaron un empobrecimiento de la mayoría de la población, incrementándose las diferencias entre ricos y pobres y provocando una menor movilidad vertical.

Esta situación continúa en la actualidad. Según diferentes estudios realizados recientemente por el Instituto de Investigaciones Sociales *Tarki*, en 1999 todavía el 31% de la población vivía en una situación de pobreza. Los recortes en las ayudas sociales que se emprendieron en el 2000 no han favorecido a los más pobres, ya que entre las prioridades de la política social húngara no figuran ni la inserción social del 30% de los más pobres ni la prevención para evitar que siga deteriorándose su situación. Tampoco existen organizaciones cívicas o políticas que puedan dar otra dirección a los procesos actuales ¹².

Este aumento de la pobreza ha afectado, sobre todo, a determinados sectores de la población más vulnerables (jubilados, parados, familias con hijos). Si a esto le sumamos el aumento del desempleo que generó la transición, parece justificado analizar integralmente los cambios en los diferentes sistemas de protección social, y observar cuales han sido las respuestas implantadas por el gobierno húngaro ante la pobreza emergente de la transición en los sectores más débiles de la población y cual va a ser el futuro ante la integración en la Unión Europea.

III. EL GASTO SOCIAL

Un análisis detallado del gasto dedicado a los sistemas de protección social por parte del Gobierno húngaro nos indica que los gastos en seguridad social respecto al PIB se encuentran entre los más elevados de la OCDE ¹³ (Tabla 2), mientras que disminuyen los gastos dedicados a las políticas activas del mercado de trabajo. Observamos que en 1995, Hungría sólo destinaba el 0'4% de su PIB a este tipo de políticas del mercado de trabajo (Tabla 3), cifra que representa uno de los porcentajes más bajo de los países de la OCDE.

Asimismo, el gasto en salud ¹⁴, en porcentaje del PIB, se encuentra entre los más bajos de la zona de la OCDE, e incluso está disminuyendo (Tabla 4). En términos absolutos, en 1997 los gastos por persona (642 dólares en paridad de poder adquisitivo) alcanzaban aproximadamente la mitad del nivel de los de España o Portugal (Tabla 5) ¹⁵.

¹¹ Carmen GONZÁLEZ: "Transformaciones socioeconómicas en Hungría...", cit.

¹² MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/9 (2001); on-line en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

¹³ OCDE: *Études économiques de l'OCDE de la Hongrie: Mise en Oeuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi*, OCDE, París, 1997.

¹⁴ OCDE: *Hongrie: le Système de Santé*, Études Économiques de l'OCDE: Thèmes spéciaux, OCDE, París, 1999.

¹⁵ Manfred HUBER: "Health expenditure trends in OECD countries", *Health Care Financing Review* n° 2/2 (1999), págs. 99 a 117.

Tabla 2.
Gastos de la seguridad social. En forintos constantes (1991-1996)

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Seguros sociales (pensiones y salud) | - | 445'0 | 426'1 | 424'7 | 375'9 | 345'3 |
| Paro | - | 63'8 | 62'2 | 42'5 | 34'9 | 31'8 |
| Ayudas familiares | - | 93'4 | 86'9 | 80'9 | 59'1 | 44'6 |
| Ayuda social, ayuda personal e institucional | - | 125'1 | 138'6 | 137'3 | 138'5 | 102'1 |
| Total | 750'0 | 727'4 | 713'7 | 685'4 | 608'5 | 523'8 |

Fuente: Cálculos efectuados por la OCDE a partir de datos brutos de los Ministerios húngaros de Asuntos Sociales y de Economía, cit. OCDE: *Études économiques de l'OCDE de la Hongrie: Mise en Oeuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi*, OCDE, París, 1997.

Tabla 3.
Gastos en políticas activas del mercado de trabajo en porcentaje del PIB

| | 1994 | 1995 | 1996 |
|-----------------|------|------|------|
| Hungría | 0'47 | 0'43 | 0'31 |
| República Checa | 0'15 | 0'14 | 0'12 |
| Polonia | 0'49 | 0'41 | 0'49 |
| Alemania | 1'34 | 1'34 | 1'43 |
| España | 0'60 | 0'84 | 0'70 |

Fuente: OCDE: *Public social expenditure by main category, 1980-1998*, OECD, París, 2001, on-line en www.oecd.org.

Respecto a los gastos en educación, el Gobierno húngaro tiene una actitud mucho más favorable hacia este sistema, ya que gasta en éste una parte relativamente alta del PIB. Por ejemplo, en 1995 esta parte (6'4% del PIB) era superior a la media de los 25 países miembros de la OCDE (5'6%) y de la UE (6%)¹⁶; y el gasto por estudiante respecto al PIB *per cápita* era ligeramente superior a la media internacional¹⁷. A partir de 1998, gracias a la recuperación económica, el Gobierno húngaro ha empezado a destinar aún más recursos a la enseñanza, y en el 2001 destinó para la enseñanza primaria y secundaria 279 millones de forintos del presupuesto general¹⁸.

¹⁶ OCDE: *Thematic Review of the transition from initial education to working life, Hungary: Background report*, OECD, París, 1998.

¹⁷ INTERNATIONAL MONETARY FUND: *IMF Concludes Article IV Consultation with Hungary, 2000*, International Monetary Fund, Washington, D.C., 2000.

¹⁸ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIII/38 (2000); on-line en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

Tabla 4.
Evolución de los gastos de salud en Hungría. en porcentaje del PIB

| 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 6'7 | 6'8 | 7'2 | 7'4 | 7'9 | 7'1 | 6'8 | 6'4 |

Fuente: Ministerio de Asuntos Sociales. Administración de la Caja de seguro-enfermedad, cit. en OCDE: *Hongrie: le Système de Santé, Études Économiques de l'OCDE: Thèmes spéciaux*, OCDE, París, 1999.

Tabla 5.
Gastos per cápita* en salud. 1970-1997

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1997 |
|-----------------|------|------|-------|-------|-------|
| Hungría | - | - | 510 | 625 | 642 |
| Alemania | 224 | 824 | 1.602 | 2.178 | 2.364 |
| República Checa | - | - | 574 | 898 | 943 |
| Polonia | - | - | 216 | 296 | 386 |
| Portugal | 43 | 260 | 614 | 1.046 | 1.148 |
| España | 82 | 325 | 815 | 1.063 | 1.183 |
| UE | 156 | 577 | 1.186 | 1.568 | 1.698 |
| OCDE | 161 | 571 | 1.110 | 1.491 | 1.615 |

* En dólares americanos en paridad de poder adquisitivo.
 Fuente: OCDE, cit. en Manfred HUBER: "Health expenditure trends in OECD countries", *Health Care Financing Review* n° 2/2 (1999).

IV. EL MERCADO DE TRABAJO

Los cambios sociales y económicos que siguieron a la caída del comunismo llevaron a modificaciones significativas del mercado de trabajo húngaro a principios de los noventa. Desaparecieron decenas de miles de puestos de trabajo, y el desempleo – algo prácticamente desconocido durante la era socialista– se convirtió en todo un fenómeno social.

En concreto, de enero de 1990 a diciembre de 1994 se produjo una reducción del 27% en la población activa, y la tasa de desempleo pasó del 0'5% en 1989 a aproximadamente un 13% en 1993. Paralelamente también se incrementó el paro de larga duración, y en 1996 más de un 50% de los parados pertenecían a este grupo¹⁹.

Si bien el crecimiento económico de los últimos años ha mejorado la situación del mercado laboral, las tasas de participación en el mismo siguen siendo bajas (Tabla

¹⁹ OCDE: *Études Économiques de l'OCDE: Hongrie 1999/2000*, cit.

6), y aún existe una alta proporción de parados de larga duración, que en el 2000 era el 44'2% del total de parados ²⁰.

Tabla 6.
Evolución del mercado de trabajo (1996-2001)

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| En % de la población activa | | | | | | |
| Tasa de actividad económica. | 48'2 | 48'1 | 48'4 | 49'6 | 50'0 | - |
| Tasa de paro, total. | 9'9 | 8'7 | 7'8 | 7'0 | 6'4 | 5'7 |
| En % del total de parados | | | | | | |
| Tasa de paro de larga duración. | 49'8 | 46'5 | 44'3 | 44'9 | 44'2 | - |

Fuentes: COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001 sur les progrès réalisés par la Hongrie sur la voie de l'adhésion*, Commission des Communautés Européennes, Bruselas, 2001; *on-line* en <http://europa.eu.int/comm/enlargement>; Para tasa de paro 2001: HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Statistical Report 12/2001: Comprehensive Assessment*, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002; *on-line* en www.ksh.hu.

A) Características de los salarios

Las diferencias salariales son bastante amplias en Hungría. En este sentido, el salario de los trabajadores con enseñanza superior es elevado, y por ejemplo, en 1995 los diplomados universitarios ganaban casi tres veces más que aquellos que sólo habían terminado la educación primaria. Por otra parte, las diferencias salariales entre hombres y mujeres son importantes en favor de los primeros, aunque han tendido a reducirse, debido en parte al desarrollo del trabajo no manual en que las mujeres están representadas de forma más proporcional.

El salario medio es bastante bajo (Tabla 7) en cuanto que, como señalan en el Ministerio húngaro de Asuntos Exteriores ²¹, el salario medio sólo alcanza el 10% de la media de la UE, y el valor adquisitivo de los salarios sólo llega al 30%.

En cuanto al salario mínimo, éste ha ido retrocediendo respecto al IPC y al salario medio desde 1989. En el año 2001, el salario mínimo mensual aumentó de forma considerable pasando de 96 a 192 euros, y un 25% de la mano de obra remunerada percibió este salario ²².

²⁰ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

²¹ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/17 (2001); *on-line* en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

²² COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

Tabla 7.
Salarios. 1999-2001

| | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|--------|--------|--------|
| Promedio ganancias brutas de asalariados. (Euros/mes) | 318.15 | 361.26 | 426.85 |
| Promedio ganancias netas de asalariados. (Euros/mes) | 206.41 | 229.94 | 267.57 |
| IPC (año anterior = 100) | 110.0 | 109.8 | 109.2 |
| Ganancias reales (año anterior = 100) | 102.5 | 101.5 | 106.4 |

Fuente: HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Major Data*,
Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002;
on-line en www.ksh.hu/pls/ksh/docs/index_efontosabb.adatok.html.

B) Legislación para la protección del empleo

Respecto a la legislación laboral, los cambios más importantes se centran en las modificaciones realizadas para armonizarla a la normativa de la UE, y que entraron en vigor en julio de 2001. Uno de los principales cambios ha sido la limitación de la duración de la jornada laboral a 12 horas diarias y 48 horas semanales como máximo, horas extraordinarias incluidas. Otros cambios, no menos importantes, tienen que ver con los despidos colectivos, el contrato o la relación laboral, la seguridad y la salud de los trabajadores temporales, la protección de los jóvenes en el trabajo, los comités de empresa europeos, las directivas sobre la igualdad de oportunidades y la lucha contra la discriminación –en particular sobre remuneraciones–, así como la igualdad de trato entre géneros.

C) Políticas del mercado de trabajo

En las políticas del mercado de trabajo podemos distinguir entre políticas pasivas y políticas activas. Respecto a las primeras, en Hungría existen en la actualidad dos sistemas para garantizar los recursos a los parados: *la prestación por desempleo* y *el subsidio por desempleo*.

La prestación por desempleo es desde 1995 gestionada por el Fondo de Solidaridad –actualmente Fondo del Mercado de Trabajo– y está financiada mediante una deducción sobre los salarios. Las prestaciones están ligadas a las remuneraciones y son de duración limitada. Estas prestaciones se destinan a los trabajadores que han cotizado al sistema al menos 360 días durante los últimos 4 años, se encuentran sin empleo y están buscando activamente un trabajo. El pago de dichas prestaciones se realiza a partir del día en que la persona se inscribe en la agencia de empleo, y en caso de despido voluntario o improcedente, el pago de las prestaciones se retrasa durante 90 días.

Desde 1998, la duración máxima del pago de las prestaciones es de nueve meses –antes de esa fecha era de un año– y su duración está en función del número de días

cotizados. El montante de esta prestación es proporcional a las retribuciones salariales que recibía la persona antes de perder su trabajo, aunque no pueden superar el salario mínimo.

Por su parte, el subsidio por desempleo está dirigido a aquellas personas que han agotado su derecho a la prestación por desempleo. Desde mayo del 2002 esta ayuda es pagada a través de los presupuestos de los ayuntamientos durante un período máximo de un año y medio. La suma de esta subvención corresponde al 70% de la pensión mínima, y es condición necesaria para su percepción que el parado realice trabajos de utilidad pública durante treinta días al año ²³.

En Hungría, podemos distinguir principalmente tres tipos de *programas activos del mercado de trabajo*: (a) el de Formación, (b) el de Empleo Subvencionado, y (c) la Ayuda a las Empresas.

En cuanto al primero, sus actividades son financiadas por el Fondo para el Empleo, organismo que depende de la Caja del Mercado de Trabajo, y su gestión es llevada a cabo bien por centros organizados en los condados, bien directamente por intermediación el Ministerio de Trabajo.

Respecto al Empleo Subvencionado, podemos distinguir el empleo comunal y las subvenciones de salarios. El primero es un programa de trabajos de utilidad pública, gestionado por los ayuntamientos. Su objetivo es impedir la pérdida o deterioro de las aptitudes de los desempleados de larga duración. Las subvenciones, pagadas por el Fondo para el Empleo, se centran en la concesión de subvenciones a aquellos empresarios que crean nuevos empleos y que contratan a desempleados de larga duración.

Finalmente, la Ayuda a las Empresas recoge, por un lado, subvenciones destinadas a la creación de empresas por trabajadores en paro, que les aseguran además el pago de una cuantía equivalente a la indemnización del subsidio de desempleo durante otros seis meses, cubren el 50% de los gastos para la creación de la empresa, y exige seguir un período de formación y financiar el seguro de préstamos de arranque durante un período de un año. No obstante, sólo entre el 1 y el 2% de las personas que pueden beneficiarse de la ayuda eligen esta fórmula. Por otro lado, se incluyen ayudas a fondo perdido para los inversores que emprenden una actividad y que se comprometen a contratar trabajadores que deben reciclarse. Asimismo, en el marco de este mismo programa, se ofrecen préstamos reembolsables sin intereses y con garantías de crédito a aquellas personas cuyas inversiones aumentan las posibilidades de empleo de personas que no participan o sólo son marginalmente activas en el mercado de trabajo.

En los últimos años, ha destacado también la creación de programas activos que se han centrado fundamentalmente en la readaptación profesional de las personas con alguna discapacidad y en la implantación de un programa piloto público de teletrabajo dirigido principalmente a personas con movilidad reducida.

²³ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIII/50 (2000); *on-line* en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

V. EL SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES

Dentro del sistema de Seguros Sociales cabe destacar los cambios que se han introducido en el ámbito de las ayudas familiares, el seguro de enfermedad, y las pensiones.

Desde que en 1999 se eliminara la política restrictiva de las *prestaciones sociales a la familia* implantada en abril de 1996, que redujo el acceso a numerosas prestaciones, se ha ampliado la cobertura a casi 150.000 niños, permitiendo el incremento de las ayudas recibidas por los hogares que no son pobres ²⁴. En la actualidad, las familias húngaras pueden beneficiarse de varias prestaciones o ayudas ²⁵: la baja por maternidad, la asignación familiar por hijos, la asignación y ayuda para el cuidado de los hijos, y algunas desgravaciones fiscales.

En primer lugar, la baja por maternidad incluye además de un permiso de maternidad durante 24 semanas, una ayuda económica durante el mismo período. La cuantía de estas prestaciones es igual a la pensión mínima de jubilación, con una duración de tres a ocho años para las familias con más de dos hijos.

La asignación familiar por hijos incluye una prestación económica hasta que el hijo alcanza los 18 años. La cuantía de la asignación depende del volumen de ingreso neto percibido por la unidad familiar y del número de hijos. Asimismo, las cuantías son mayores en el caso de que el hijo padezca alguna enfermedad o deficiencia.

La asignación para el cuidado de los hijos es otorgada a madres que se quedan al cuidado de los hijos tras el parto, su cuantía se sitúa entre el 65% y el 75% de los ingresos de la madre y tiene una duración máxima de dos años. Por otro lado, la ayuda del cuidado de los hijos permite una baja por maternidad de hasta tres años, ampliable a diez años en el caso de discapacidad o enfermedad del hijo.

Finalmente, la desgravación fiscal supone otra importante ayuda, siendo ésta particularmente alta (41'22 euros al mes por hijo) en el caso de familias con tres o más hijos. En el año 2000, el 83% de las familias numerosas pudo beneficiarse de ella ²⁶.

El régimen público de *bajas por enfermedad* en Hungría asegura el pago del 75% del salario percibido y desde 1996, las empresas deben responsabilizarse de los quince primeros días de baja por esta circunstancia. El número medio de días indemnizados por enfermedad es muy alto en Hungría; por ejemplo, en 1994, el número de días de indemnización por enfermedad se situó en 26'5 días, lo que representa la tasa más elevada de la OCDE. Este dato hace sospechar una inadecuada utilización de esta prestación, lo que hace prever necesarias reformas en el futuro.

En julio de 1996, el Gobierno húngaro planteó reformar su *sistema de pensiones* con dos objetivos fundamentales: incrementar la edad de retiro a 62 años entre 1996 y el 2009 (permitiendo la jubilación anticipada con la pensión completa a partir de los 59

²⁴ INTERNATIONAL MONETARY FUND: *IMF Concludes Article IV Consultation...*, cit.

²⁵ OCDE: *Études économiques de l'OCDE de la Hongrie...*, cit.; István SZILÁGYI: "La regulación jurídica de la política social en Hungría", en Carlos FLORES JUBERÍAS (dir.): *La transformación de las políticas sociales en la Europa del Este*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2001, págs. 155 a 171.

²⁶ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/32 (2001); on-line en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm

años, siempre y cuando se haya cotizado durante 40 años) y ampliar el nivel base de cotización para cubrir un mayor número de personas y tipos de ingresos.

La reforma entró en vigor en enero de 1998 y supuso la introducción de un nuevo sistema de pensión basado en tres pilares. En concreto, el mantenimiento del sistema público de pensión por reparto –también llamado *PAYG* (*pay-as-you-go*)– y la introducción de dos pilares completamente capitalizados: un fondo de pensión obligatorio y un fondo de pensión voluntario. El Gobierno también puso en marcha una nueva prestación de seguro social calculado en función de los recursos de aquéllos que no tenían derecho a una pensión.

La adhesión al nuevo sistema multipilar fue obligatoria para las personas de nueva incorporación al mundo del trabajo después de julio de 1998, mientras que era opcional para los trabajadores que ya poseían un empleo en el momento de la entrada en vigor de esta reforma y que tenían menos de 47 años.

Este nuevo sistema tuvo gran aceptación entre la población y más de 1'2 millones de personas ²⁷ se adhirieron (más del doble de lo previsto por el Gobierno húngaro). Actualmente, el segundo pilar cubre a más de dos millones de húngaros por lo que el coste público de la reforma ha resultado ser mucho más alto de lo previsto ²⁸.

Respecto a la cuantía de las pensiones, que en un principio eran indexadas al cambio en salarios netos medios del año anterior (Tabla 8), se han sustituido, ante la previsión de que el régimen por reparto pueda llegar a ser deficitario a partir del 2017, de forma progresiva por un mecanismo basado sobre la media ponderada del 50% de la progresión de los salarios y el incremento de los precios al consumo. Dicho mecanismo, denominado “sistema suizo”, aún sin reformas suplementarias, aportaría un excedente apreciable durante los próximos treinta años, antes de volverse deficitario en el 2040.

Tabla 8.
Importe nominal de las pensiones

| | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|--------|--------|--------|
| Importe nominal pensión (Forintos/mes) | 26.105 | 29.639 | 32.986 |
| Euros/mes | 107'60 | 122'17 | 135'96 |
| Porcentaje del salario medio neto | 57'8 | 59'2 | 59'1 |
| Valor real, año anterior = 100 | 106'4 | 103'2 | 101'4 |

Fuente: HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE: *Major Data*,
Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2002;
on-line en www.ksh.hu/pls/ksh/docs/index_efontosabb.adatok.html.

Finalmente, con relación a las *pensiones de invalidez*, éstas son concedidas a los trabajadores que han cumplido un número suficiente de años de servicio –que depende de la edad del individuo y del nivel de riesgo del oficio desempeñado– y han perdido al menos el 67% de su capacidad de trabajo. Para la mayoría de las actividades, los criterios imprescindibles para su concesión son: hasta los 22 años se debe haber

²⁷ OCDE: *Progrès de la Réforme Structurelle. Études Économiques de l'OCDE: Hongrie*, OCDE, París, 1999.

²⁸ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

trabajado al menos durante dos años, y para quienes tienen más de 54 años deben al menos haber cumplido 20 años de servicio.

Observamos que las pensiones de invalidez se han convertido en una fórmula cada vez más utilizada por la población activa húngara para acceder al retiro anticipado (Tabla 9). Por ello, en 1997, el gobierno introdujo el carácter temporal del derecho de invalidez e impuso controles de diagnóstico médico cada vez más frecuentes, implantándose en 1998 medidas aún más restrictivas con el objetivo de drenar trabajadores desde el régimen permanente al régimen temporal de pensiones de invalidez.

Tabla 9.
Pensionistas por invalidez en porcentaje de la población (1990-1999)

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tras la edad de jubilación | 3'0 | 3'1 | 3'3 | 3'5 | 3'7 | 3'8 | 3'9 | 3'9 | 3'9 | 3'3 |
| Antes de la edad de jubilación | 2'2 | 2'4 | 2'8 | 2'4 | 3'0 | 3'2 | 3'4 | 3'6 | 3'8 | 4'2 |

Fuente: Ministerio de Finanzas y Oficina Central de Estadística, citado en INTERNATIONAL MONETARY FUND: *IMF Concludes Article IV Consultation with Hungary*, 2000, International Monetary Fund, Washington, D.C., 2000.

VI. EL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud húngaro está integrado por un régimen nacional de seguro de enfermedad, obligatorio y fundamentado en el empleo. Trabajadores y empresarios deben contribuir a financiar el seguro sanitario pagando las cuotas correspondientes al Fondo de Seguro de Salud, y desde 1997, todos los ciudadanos, incluida la población adulta inactiva, también debe pagar una cuota *per cápita* para poder disfrutar de los servicios de salud.

Desde 1988 numerosas reformas han modificado la naturaleza del sector sanitario, incidiendo sobre la mejora de la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria. Veamos las más significativas ²⁹:

- 1.- A principios de los noventa, se pasó de un sistema de atención sanitaria centralmente planificado, financiado por los presupuestos de la Administración estatal, a un sistema descentralizado y financiado a través de una combinación de pagos de seguros, el ingreso presupuestario anual y los pagos de los pacientes en farmacia.

²⁹ INTERNATIONAL MONETARY FUND: *Hungary: selected Issues, IMF Staff Country Report No 97/103*, International Monetary Fund, Washington, D.C., 1997; OCDE: *Hongrie: le Système de Santé*, cit.

2.– En 1991 se creó el Servicio de Salud Pública y, un año después, el Servicio de Médicos de Familia con el objetivo de establecer un sistema eficaz de atención primaria.

3.– La autorización a partir de 1992 de la práctica privada de los médicos y la introducción de la libre elección del médico de familia.

4.– La liberalización progresiva del mercado farmacéutico a partir de 1989 y, desde 1990 la privatización de las farmacias mayoristas y la mayoría de las farmacias estatales de venta al público.

5.– La entrada en vigor en febrero de 1995 de las principales disposiciones del sistema de reembolso de medicamentos.

6.– La remuneración de los profesionales de la salud y la financiación de los hospitales en función de su rendimiento.

7.– Reformas financieras orientadas a contener y reducir los gastos en salud pública centradas fundamentalmente en restricciones económicas para los gastos de servicios de médicos de familia, cuidado ambulatorio y atención hospitalaria. Asimismo, se planteó un control estricto sobre los gastos de las fuentes de incremento de los mismos: los servicios de alta tecnología (remunerados sobre la base de un pago por servicio) y los servicios farmacéuticos.

8.– Se separó la compra y la prestación de servicios sanitarios. Así, la administración del sistema de salud es compartida entre las Administraciones locales –responsables de la prestación de servicios– y el organismo comprador de servicios del Estado –la ACSE–. En concreto, la Administración local es la encargada de la atención primaria y de la gestión de los hospitales locales. En estos últimos se prestan servicios básicos mientras que las prestaciones más especializadas se realizan en los establecimientos regionales y en los hospitales de investigación y universitarios, gestionados respectivamente por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación. La ACSE lleva a cabo los contratos basados en la productividad de los hospitales, de las clínicas privadas de cuidados y los proveedores independientes.

9.– Se estableció que los parámetros financieros del sistema, las cotizaciones de los empleados y empresarios así como el presupuesto del Fondo de Seguro de Salud, fueran fijados cada año por el Parlamento en el marco de la ley sobre el presupuesto de las cajas de seguros sociales.

10.– El Servicio Nacional de Salud Pública y de los Médicos, administrado por el Ministerio de Sanidad, fue creado como organismo para asegurar la homologación y el control profesional de los centros de salud, la gestión de algunos programas de prevención y la promoción de la salud a escala local así como los contratos entre la ACSE y las Administraciones locales.

Las reformas iniciales, si bien representaron un avance real hacia la creación de una estructura institucional moderna, no solucionaron determinados problemas que disminuían de forma considerable la eficiencia en el uso de los recursos disponibles para la atención sanitaria. Esta situación generó que entre 1996-1997 se introdujeran dos reformas estructurales adicionales en el sistema sanitario. En primer lugar, en julio de 1996 se aprobó un decreto con el propósito de reducir las tasas excesivas e inapropiadas de hospitalización así como la estancia. El sistema sanitario húngaro se caracteriza por una inadecuada organización de sus recursos debido fundamentalmente a una excesiva sobrecarga de pacientes en situación de dependencia en hospitales de agudos. En

contraposición, casi no existen residencias para personas mayores, ni hospitales encargados de procesos de rehabilitación y tratamiento de enfermedades que requieren cuidados de larga duración.

Comparado con otros países europeos, Hungría cuenta con pocos hospitales, sin embargo son los más grandes de la zona de la OCDE respecto al número medio de camas (Tabla 10). En 1995 el número de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes era un 37% superior a la de la media de la OCDE, no obstante se espera que en un futuro próximo se lleven a cabo recortes ³⁰. Asimismo, el número de días de estancia en el hospital por 1.000 habitantes fue un 19% superior a la media de la OCDE.

Tabla 10.
Densidades de hospitales y camas (Datos del último año disponible)

| | <i>Población</i> | <i>Población por Hospital (x 1.000)</i> | <i>Población por cama</i> | <i>Camas por hospital</i> |
|--------------|------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Hungría | 10'2 | 60'3 | 120'5 | 496'9 |
| Austria | 8'0 | 24'1 | 106'9 | 225'5 |
| Bélgica | 10'1 | 30'4 | 134'9 | 225'5 |
| Dinamarca | 5'3 | 55'2 | 202'5 | 272'6 |
| Finlandia | 6'1 | 15'9 | 133'3 | 119'1 |
| Francia | 58'2 | 15'3 | 111'6 | 136'9 |
| Grecia | 10'5 | 27'3 | 195'9 | 139'6 |
| Alemania | 81'6 | 22'3 | 103'2 | 216'2 |
| Irlanda | 3'6 | 17'3 | 136'5 | 126'8 |
| Italia | 57'2 | 33'4 | 142'2 | 234'7 |
| Países Bajos | 15'4 | 54'8 | 177'9 | 308'0 |
| Portugal | 9'9 | 176'8 | 370'7 | 476'9 |
| España | 39'1 | 49'7 | 210'2 | 236'4 |
| Suecia | 8'8 | 77'9 | 216'5 | 359'8 |
| Reino Unido | 58'6 | 37'3 | 199'6 | 187'1 |

Fuente: OCDE: *Hongrie: le Système de Santé, Études Économiques de l'OCDE: Thèmes spéciaux*, OCDE, París, 1999.

En segundo lugar, se aprobaron entre junio y julio de 1997, por parte del Parlamento, una serie de normas dirigidas a contener los costes y mejorar la eficiencia del sistema sanitario. En ese mismo período, el Gobierno presentó ante el parlamento un borrador sobre la Ley de Atención Sanitaria que regularía la organización del sector sanitario y sustituiría a la desfasada Ley Sanitaria de 1972. Los cambios afectaban a la definición del papel del Gobierno, los derechos y responsabilidades de los pacientes, los agentes incluidos en el sistema de reparto de salud, y los requisitos profesionales para la

³⁰ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: "Boletín Semanal", *Boletines semanales en castellano* n° XXIII/38 (2000), cit.

provisión de los servicios sanitarios, poniendo especial hincapié en la atención primaria y en la prevención.

Uno de los problemas más importantes del sistema sanitario se centra en la disponibilidad de profesionales de la salud comparado con la de otros países de la OCDE. Mientras las *ratios* médicos y enfermeros/pacientes se encuentran entre las más bajas de la zona de la OCDE, la tasa de especialistas es muy elevada. Esto revela un grave desequilibrio en provecho de profesionales altamente cualificados, lo que resulta bastante costoso. Este desequilibrio en el sistema sanitario lejos de compensarse se ha visto agravado en los últimos años (Tabla 11).

Tabla 11.
Evolución de la mano de obra del sector salud en Hungría. (1960-1997)

| | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Asalariados (x 1000 habs.) | | | | | | | | | | | |
| Empleo total en el sector sanitario | 5'5 | 8'4 | 12'5 | 15'9 | 15'9 | 15'9 | 16'0 | 16'0 | 16'0 | 16'0 | 16'9 |
| Médicos en ejercicio | 1'5 | 2'0 | 2'9 | 3'7 | 3'3 | 3'3 | 4'0 | 4'1 | 4'2 | 3'4 | 3'4 |
| Médicos generalistas | - | 0'4 | 0'5 | 0'6 | 0'6 | 0'6 | 0'6 | 0'7 | 0'6 | 0'7 | 0'7 |
| Especialistas en ejercicio | 1'0 | 1'4 | 1'8 | 2'4 | 2'4 | 2'5 | 2'6 | 2'6 | 2'7 | 2'7 | - |
| Personal de enfermería | 1'7 | 2'7 | 3'7 | 4'5 | - | 4'8 | 4'9 | 5'0 | 4'9 | - | - |
| Porcentaje del conjunto de asalariados del sector sanitario | | | | | | | | | | | |
| Empleo hospitalario total | - | 30 | 27 | 24 | 24 | 24 | 24 | 25 | 24 | - | - |
| Médicos en activo | 28 | 24 | 23 | 20 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 20 |

Fuente: OCDE: *Hongrie: le Système de Santé*, Études Économiques de l'OCDE: Thèmes spéciaux, OCDE, París, 1999.

Además del elevado número de médicos especialistas, cada uno realiza un 41% más de visitas a pacientes que la media de los países de la UE, y las consultas médicas por habitante son más del doble del promedio de los países de la OCDE. Estos datos sugieren que muchos pacientes acuden a las consultas de los médicos especialistas para la receta de medicamentos. La gran mayoría (68%) de las visitas médicas se dan en los servicios de consultas externas de los hospitales, con especialistas (Tabla 12).

En cuanto a la disponibilidad de equipos médicos, el conjunto de equipos de tecnología punta es más reducido que en la mayoría de los países de la OCDE³¹, aunque está aumentando rápidamente gracias a las inversiones de las clínicas privadas y del Fondo de Seguro de Salud. Afortunadamente, Hungría está remontando su retraso

³¹ OCDE: *Hongrie: le Système de Santé*, cit.

respecto a la Unión Europea en cuanto a la oferta de tecnologías diagnósticas y terapéuticas modernas.

Sin embargo, tal y como se señala en un Informe de la Comisión Europea ³²:

“A pesar de un inicio prometedor, la reforma de la atención sanitaria se ha visto retrasada, y los gastos fijos ligados al mantenimiento de una infraestructura ineficaz excesivamente dependiente de la hospitalización siguen siendo elevados. Con la existencia de equipos obsoletos, médicos y profesionales de la enfermería mal pagados, la calidad de los servicios se está degradando. El rápido envejecimiento de la población corre en paralelo al problema de la ineficacia del sistema sanitario, y representa a medio y largo plazo una gran amenaza para la financiación pública si no se ponen en marcha las necesarias reformas. En la actualidad, no existe ningún proyecto en este sentido, aunque a mediados del 2001, el Gobierno haya adaptado un plan de acción decenal ³³ muy genérico, sin compromisos operativos.”

Tabla 12.
Encuentros médicos-pacientes. 1995

| | Nº de médicos | Encuentros médicos-pacientes (x 100 hab.) | Reparto de médicos (%) | Reparto de encuentros médicos-pacientes (%) |
|---|---------------|---|------------------------|---|
| Cuidados de salud primarios (1) | 6.538 | 441 | 25'3 | 30 |
| Cuidados especializados sin hospitalización (2) | 5.649 | 996 | 21'8 | 68 |
| Cuidados con hospitalización (3) | 13.642 | 23 | 52'8 | 2 |
| Total (1+ 2+ 3) | 25.829 | 1.460 | 100 | 100 |

Fuente: Administración de la Caja seguro-enfermedad, cit. en OCDE: *Hongrie: le Système de Santé*, Études Économiques de l'OCDE: Thèmes spéciaux, OCDE, París, 1999.

VII. EL SISTEMA EDUCATIVO

Las diferentes reformas acontecidas en el sistema educativo húngaro durante la década de los noventa se centraron fundamentalmente en la introducción del sector privado en las escuelas, la descentralización del sistema hacia los ayuntamientos y el refuerzo de los mecanismos de consulta para permitir a empresarios y sindicatos contribuir en mayor medida a las políticas de educación, empleo y formación. El

³² COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001*..., cit., pág. 34.

³³ Este programa sanitario se va a centrar en aquellas enfermedades con mayor incidencia en la población, con el fin de optimizar su tratamiento. Para ello, se está preparando una red nacional de exámenes preventivos para la detección precoz de tumores y de enfermedades cardiovasculares (MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: “Boletín Semanal”, *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/31 [2001], cit.)

objetivo primordial ha sido coadyuvar a resolver el problema del paro y la baja tasa de participación en los niveles más altos de la educación.

El sistema educativo húngaro actual está formado por diez niveles uniformes de “educación general básica”, siendo la educación obligatoria hasta los 18 años, normativa que se aplicó para todos aquellos que entraran a la escuela a partir 1998³⁴.

La calidad de la enseñanza primaria húngara es satisfactoria y los jóvenes húngaros obtienen buenos resultados en las pruebas internacionales de matemáticas y ciencias. Sin embargo, el buen nivel en los estudios técnicos que presentan los alumnos de primaria no se vuelve a encontrar en los alumnos que cursan estudios universitarios. Según un informe realizado recientemente por el Instituto Nacional de Enseñanza Pública Húngaro, los jóvenes húngaros obtienen un rendimiento bastante bajo en asignaturas prácticas y de ciencias naturales, sin embargo, tienen una preparación cada vez mejor en informática e idiomas³⁵.

La participación en los diferentes niveles educativos se está incrementando cada vez más, y en la actualidad, entre el 70 y 80% de los jóvenes que terminan sus estudios primarios se presentan a los exámenes de ingreso para cursar estudios secundarios. El 54% de los húngaros mayores de 18 años poseen el título de Bachiller y el número de estudiantes universitarios se ha incrementado en un 150% entre 1990 y 1999. El 77% de los que acceden a la universidad finalizan su carrera, por lo que la proporción de licenciados húngaros ya alcanza la media de los países europeos desarrollados³⁶.

La administración de la educación pública húngara está muy descentralizada, caracterizándose por un sistema de responsabilidades compartidas entre la Administración educativa pública, los ayuntamientos y los colegios.

En concreto, el Ministerio de Cultura y Educación es generalmente el responsable de toda la educación pública, pero comparte esta responsabilidad con otros ministerios: el Ministerio de Asuntos Internos –responsable de transferir competencias a los ayuntamientos–, y el Ministerio de Trabajo –responsable de la educación y formación profesional–. Asimismo, el trabajo de los ministerios responsables de la educación es asistido por algunos órganos consultivos como el Consejo Nacional de Educación Profesional, que es un foro tripartito que colabora con el Ministerio de Trabajo, y el Consejo de Política Educativa Pública que ayuda a conciliar los intereses educativos y que participa en el desarrollo de los contenidos educativos.

Los ayuntamientos desempeñan importantes funciones en la administración de la educación pública, que se traducen en la toma de decisiones sobre el establecimiento, cierre, reorganización y perfiles de las instituciones educativas; determinar y supervisar sus presupuestos y aprobar los documentos educativos fundamentales así como evaluar la eficiencia de las instituciones.

De forma evidente el sistema educativo húngaro ha mejorado desde que fuera transformado a principios de los noventa. No obstante, esta mejora ha sido más cuantitativa que cualitativa y este sistema se enfrenta a una serie de problemas, que en un futuro no muy lejano debería resolverse:

³⁴ OCDE: *Thematic Review of the transition...*, cit.

³⁵ MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES HÚNGARO: “Boletín Semanal”, *Boletines semanales en castellano* n° XXIV/3 (2001); on-line en www.Embajada-hungria.org/press_boletin.htm.

³⁶ *Ibidem*.

- En primer lugar, existen serios problemas respecto a la calidad de la enseñanza impartida en los diferentes centros de todo el país, generados por la propia organización descentralizada del sistema y las excesivas competencias que se les ha dado a los ayuntamientos para el control de los contenidos de los programas educativos. A esto se suma el hecho de que la financiación varía mucho entre las regiones y las universidades, lo que genera diferencias interregionales en los presupuestos que afectan directamente a la calidad y el contenido de los cursos.
- En segundo lugar, los profesores están mal pagados, situándose sus ingresos entre el 10 y el 15% por debajo del salario medio nacional.
- Por último, existe un serio problema por parte de los licenciados y diplomados universitarios a la hora de incorporarse al mercado de trabajo, por lo que se ven obligados a ocupar puestos de trabajos de menor cualificación que la suya.

VIII. EL SISTEMA DE IMPUESTOS Y LAS POLÍTICAS SOCIALES: LA FUNCIÓN DE LOS IMPUESTOS EN LA CONFIGURACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

Desde el inicio de la transición, el Gobierno húngaro ha ido aplicando fuertes impuestos sobre la mano de obra para poder financiar sus sistemas de protección social y hacer frente a la desfavorecida situación social de sus ciudadanos. Sin embargo, en un clima presidido por la pobreza y el desempleo, esta política impositiva ha llevado a que tanto trabajadores como empresarios recurran a la evasión y al fraude fiscal a través de la economía sumergida y de la declaración de salarios inferiores a los salarios reales. Estos hechos motivaron la entrada en vigor, en 1997 y 1999, de una serie de reformas que se centraron en:

- 1.– *Modificación de las cotizaciones de los empresarios al Fondo de Seguro de Salud.* La tasa de cotizaciones se redujo y se introdujo una contribución mínima de 1.800 forintos al mes (aproximadamente 7'42 euros/mes). Esta reforma supuso el aumento de la cotización de los asalariados con menos ingresos y un descenso sobre la de los mejor remunerados.
- 2.– *Ampliación de las cotizaciones a la seguridad social,* introduciendo una cotización de seguro social del 39% sobre los ingresos de la empresa, además de un seguro de accidente del 10% que ya estaba establecido.
- 3.– *Introducción del pago de cotizaciones mínimas a la seguridad social* para las personas con pluriempleo, y aquellas con más de una empresa.
- 4.– *Recaudación de los impuestos por parte de un único organismo estatal,* con el objetivo de mejorar la disciplina fiscal.
- 5.– *Leve disminución de las deducciones sobre los salarios de los empresarios* con el fin último de reducir las cotizaciones empresariales en cinco puntos.
- 6.– *Aumento de un punto de las cotizaciones a la seguridad social a cargo de los asalariados e introducción de nuevas categorías para el IRPF.* Todos los ingresos salariales serán imposables. Las familias tendrán derecho a desgravaciones fiscales, que serán mayores en el caso de las familias con tres hijos o más.

En el 2000, el Gobierno planteó estabilizar el sistema de impuestos para el 2002, introduciendo una serie de medidas con el objetivo de compensar fiscalmente a empresarios y familias con cargas familiares, entre las que cabe destacar:

- 1.- La disminución sobre la contribución pagada a la Seguridad Social por los empresarios. En el 2001 se procedió a una disminución de la contribución sobre los salarios de un 33 a un 30%, y en el 2002, a un 27%.
- 2.- El aumento de la contribución al Fondo de Seguro de Salud, pasando en el 2000 de 3.900 forintos (16'08 euros) a 4.200 forintos (17'31 euros) en el 2001, y a 4.500 forintos (18'55 euros) en el 2002.
- 3.- El mantenimiento de tres tipos de IRPF pagando el 20, 30 o 40% en función del nivel de los ingresos.
- 4.- El incremento de las desgravaciones por hijos, siendo las más beneficiadas las familias numerosas. Estas podrán descontar de su IRPF 10.000 forintos (42'22 euros) mensuales por hijo.

IX. CONCLUSIONES

Durante más de una década, el Gobierno húngaro ha intentado desarrollar una política social que sirviera de colchón a una parte importante de la población, sin realmente poseer una economía y una estructura institucional adecuada. La realidad ha sido muy distinta, ya que Hungría, respecto a otros países, ha destinado relativamente poca parte de su presupuesto –obtenidos a través de un sistema de impuestos que permite recaudar fondos sobre rendimientos del trabajo– a los sistemas de protección social, a la vez que ha ido introduciendo criterios de acceso a las ayudas y prestaciones sociales para frenar el gasto que generaba la universalidad del sistema anterior.

Respecto al mercado laboral, a pesar de que Hungría tiene una de las tasas de paro más bajas de los países de la Europa Central y Oriental y de que ha desarrollado diversos programas de políticas activas del mercado de trabajo, es un país que en general ha invertido relativamente poco en políticas de empleo y se ha caracterizado tal y como ha señalado la ³⁷ por un inadecuado funcionamiento de sus servicios públicos de intermediación laboral.

El gasto en sanidad también ha sido muy bajo, dedicándole más presupuesto a otros sistemas de protección tales como el de la seguridad social o la educación. La sanidad sigue caracterizándose por un mal funcionamiento a pesar de las sucesivas reformas. Expertos de la Comunidad Europea ³⁸ afirman que posee una infraestructura ineficaz y además parece que el Gobierno húngaro no está priorizando una reestructuración a fondo de la misma a corto plazo.

La asunción de una política restrictiva en materia de protección social dirigida a familias, recortando su cobertura y los posibles destinatarios, no ha ayudado mucho a solucionar las graves consecuencias sociales de la transición. Estas medidas acabaron prácticamente en 1999 y, en la actualidad, van destinadas a los más necesitados y a aquellos hogares que requieren una ayuda por el incremento de los gastos de la unidad familiar. Un hito importante ha sido la reforma del sistema de pensiones para hacer

³⁷ OCDE: *Études économiques de l'OCDE de la Hongrie...*, cit.

³⁸ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: *Rapport Régulier 2001...*, cit.

frente al envejecimiento de la población y al elevado número de ciudadanos que disfrutaba de pensiones de jubilación anticipada y de invalidez.

Respecto a la educación, si bien en un principio el gobierno húngaro logró su objetivo con la reforma del mismo, consiguiendo que la mayoría de la población en edad escolar estuviera escolarizada, este sistema sigue presentando deficiencias de descoordinación provocadas por la descentralización de algunas de sus competencias. Así, la Administración local ha asumido el diseño de los proyectos curriculares de los centros de ámbito territorial, por lo que existen diferencias entre los contenidos y materias impartidas interterritorialmente. Es más, se puede concluir que existen fuertes diferencias respecto al grado educativo de los alumnos húngaros comparado con los estándares europeos, destacando el serio déficit en materias correspondientes al currículum escolar de ciencias, que evidencian importantes problemas vinculados con la calidad de la enseñanza media y superior.