

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL

Políticas de Estado de Bienestar para la equidadVicenç Navarro^a / Águeda Quiroga^b^aCatedrático de Ciencias Políticas. Departamento de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Pompeu Fabra.

Director del Programa en Políticas Públicas y Sociales de la UPF. Barcelona.

^bInvestigadora Asociada. Departamento de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. España.

Correspondencia: Vicenç Navarro. Departamento de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Pompeu Fabra. Ramón Trías Fragas, 25. 08003 Barcelona. España. Correo electrónico: vicenc.navarro@upf.edu

(Welfare State policies for equity)**Resumen**

Este artículo analiza la evolución del gasto público en protección social en España durante el período 1991-2000 (último año para el que existen datos comparables con la Unión Europea [UE]), tanto globalmente como por algunos de los capítulos que conforman este gasto: sanidad, familia, supervivencia, invalidez y vejez. Se analiza el gasto como porcentaje del PIB y el gasto per cápita en unidades de poder de compra.

El artículo documenta la divergencia del gasto en protección social español con el promedio de la UE durante el período 1993-2000, aumentando el déficit del gasto público en protección social de España con la UE. También se analiza el grado de desarrollo de los servicios a las familias (escuelas de infancia y atención a las personas mayores con dependencia), por su gran influencia en las desigualdades de género.

Palabras clave: Política social. Gasto público. Servicios y transferencias del Estado de Bienestar.

Abstract

This article analyzes the evolution of public social expenditure in Spain from 1991 to 2000. It includes the analysis of the total public social expenditure as well as four of its components: sickness/health care, invalidity/old age, survivors, family/children. Expenditure is analyzed as a percentage of the GNP, and expenditure per capita in purchasing power units.

This article shows that there has been an increase since 1993 in the deficit of the public expenditure on social protection in Spain representing a divergence from the average expenditure in the UE. The article also analyzes the development of care services (child care and services for dependent elderly), due their impact on gender inequalities.

Key words: Social policy. Public expenditure. Welfare State services and transfers.

Introducción

Las políticas sociales constituyen el mecanismo redistribuidor de la riqueza más importante de un Estado. Pueden asegurar la protección social de sus habitantes y disminuir las desigualdades en el interior de la sociedad. Al hablar de desigualdades es importante recordar que el Estado de Bienestar no sólo influye sobre las desigualdades de clase social, sino también sobre las de género, ya que algunas intervenciones afectan especialmente a las condiciones de vida de las mujeres (como es el caso de los servicios a las familias, mencionados en el cuarto apartado de este artículo).

El objetivo de este artículo es analizar las intervenciones del Estado de Bienestar en materia de protección social de las personas, lo que es un observatorio privilegiado desde el cual conocer el grado de compromiso social de un país. Los datos que presentamos indican que la sensibilidad social del Estado español es bastante escasa. La protección social en España tiene un grado de desarrollo inferior al promedio de la Unión Europea de 15 miembros (UE-15), como podemos observar si consideramos dos indicadores ampliamente utilizados para medir el grado de desarrollo del Estado de Bienestar en un país: el gasto en protección social como porcentaje del producto interior bruto (PIB) y el gasto en protección social por habitante.

El Estado de Bienestar español: bajo desarrollo de la protección social para la equidad

El gasto en protección social* como porcentaje del PIB fue en 2000 (el último año para el que hay datos comparables) de sólo un 20,1%, mucho más bajo que el promedio de la UE-15, el 27,3% del PIB. Como muestra la tabla 1, el gasto en protección social en España es el más bajo de los países de la UE-15 (excepto Irlanda donde es todavía más bajo, un 14,1% del PIB). En la tabla 1 puede observarse también que el gasto en protección social ha ido descendiendo desde el año 1993, cuando alcanzó su máximo desarrollo (el 24% del PIB).

El mensaje de estos datos cuestiona la imagen tan complaciente que existe y se reproduce en la cultura política y mediática que asume que «España va bien». Voces poco críticas con nuestras realidades argumentarán que ello se debe a que el crecimiento económico ha sido mayor en España que en el promedio de la UE y, por tanto, al ser el crecimiento de la protección

social menor que el crecimiento económico, el resultado es que el gasto en protección social como porcentaje del PIB ha ido disminuyendo. Ahora bien, esta argumentación olvida que el que un país crezca más rápidamente también implica que sus necesidades sociales también crecen más rápidamente, lo cual explica que, en general, a mayor nivel económico de un país, mayor su gasto en protección social. Por tanto, el mayor aumento del crecimiento económico debería dar mayor oportunidad al país para que crezca también más rápidamente su gasto en protección social, a fin de corregir su déficit social con el promedio de la UE, permitiendo así una mejor respuesta a sus necesidades sociales. Pero en España, este mayor crecimiento de la riqueza no se está aprovechando para cubrir el enorme déficit social existente.

Esta interpretación se confirma cuando analizamos el gasto en protección social por habitante, medido en unidades de poder de compra (UPC)**. En el año 2000 España tenía el gasto por habitante en protección social (medido en UPC) más bajo de la UE-15 después de Portugal. Además, y como se observa en la tabla 2, el gasto en protección social por habitante en España creció menos rápidamente durante los años noventa (de 2.619 UPC en 1991 a 3.713 UPC en 2000) que el promedio de la UE (que pasó de 4.140 UPC a 6.155 UPC durante el mismo período). Por tanto, el dé-

*De acuerdo con el Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (Seepros), de Eurostat, se considera protección social a todas las intervenciones de organismos destinadas a aligerar la carga que representa para los hogares e individuos una serie establecida de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo, ni recíproco ni individual. Incluye todas las intervenciones públicas en materia de protección social como así también las llevadas adelante por mutualidades de previsión social. Excluye las transferencias directas entre los hogares o individuos y los seguros privados. Comprende las siguientes funciones: enfermedad/ asistencia sanitaria, invalidez, vejez, supervivencia, familia/hijos, paro, vivienda y exclusión social.

**La paridad del poder de compra es un cálculo que permite equilibrar la capacidad de compra de diferentes monedas. Esto significa que permite estimar lo que costaría una determinada canasta de bienes y servicios en diferentes países, al eliminar las diferencias existentes entre los niveles de precios, permitiendo realizar comparaciones entre diferentes países (fuente: OECD Health Data 2001).

Tabla 1. Gastos corrientes en protección social, como porcentaje del PIB (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	21,2	22,4	24,0	22,8	22,1	21,9	21,2	20,6	20,2	20,1
Unión Europea-15	26,4	27,7	28,8	28,5	28,3	28,4	28,0	27,6	27,5	27,3
Bélgica	27,1	27,4	29,3	28,7	28,1	28,6	27,9	27,6	27,4	26,7
Dinamarca	29,7	30,3	31,9	32,8	32,2	31,4	30,4	30,2	29,8	28,8
Alemania	26,1	27,6	28,4	28,3	28,9	29,9	29,5	29,3	29,6	29,5
Grecia	21,6	21,2	22,1	22,1	22,3	22,9	23,3	24,2	25,5	26,4
Francia	28,4	29,3	30,7	30,5	30,7	31,0	30,8	30,5	30,2	29,7
Irlanda	19,6	20,3	20,2	19,7	18,9	17,8	16,7	15,5	14,8	14,1
Italia	25,2	26,2	26,4	26,0	24,8	24,8	25,5	25,0	25,3	25,2
Luxemburgo	22,5	22,6	23,7	23,0	23,7	24,0	22,6	21,7	21,8	21,0
Países Bajos	32,6	33,2	33,6	31,7	30,9	30,1	29,4	28,4	28,0	27,4
Austria	27,0	27,6	28,9	29,8	29,6	29,5	28,8	28,4	28,8	28,7
Portugal	17,2	18,4	21,0	21,3	22,1	21,2	21,4	22,1	22,6	22,7
Finlandia	29,8	33,6	34,6	33,8	31,8	31,6	29,3	27,3	26,7	25,2
Suecia	34,3	37,1	39,0	37,6	35,5	34,7	33,8	33,4	32,9	32,3
Reino Unido	25,7	27,9	29,0	28,6	28,2	28,1	27,5	26,9	26,5	26,8

Fuente: Eurostat (2003). European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts. Data 1991-2000.

Navarro V et al. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad

Tabla 2. Gastos corrientes en protección social por habitante, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	2.619	2.805	3.049	2.981	3.047	3.212	3.291	3.313	3.536	3.713
Unión Europea-15	4.140	4.501	4.668	4.837	4.982	5.251	5.435	5.591	5.841	6.155
Bélgica	4.485	4.837	5.395	5.568	5.585	5.891	6.035	6.208	6.205	6.458
Dinamarca	5.070	5.254	5.830	6.504	6.707	7.023	7.081	7.235	7.573	7.754
Alemania	4.317	4.837	4.985	5.305	5.605	5.962	6.175	6.313	6.695	7.025
Grecia	2.021	2.123	2.288	2.436	2.595	2.822	2.980	3.288	3.695	4.032
Francia	4.842	5.111	5.307	5.431	5.618	5.794	5.917	6.108	6.400	6.748
Irlanda	2.951	3.307	3.463	3.725	3.960	3.918	4.256	4.217	4.437	4.748
Italia	4.110	4.425	4.367	4.553	4.526	4.795	5.046	5.242	5.551	5.943
Luxemburgo	5.551	5.883	6.532	6.779	7.196	7.551	7.740	7.916	8.638	9.235
Países Bajos	5.048	5.330	5.528	5.716	5.954	6.059	6.412	6.650	6.803	7.004
Austria	4.459	4.744	5.143	5.540	5.666	5.996	6.221	6.356	6.867	7.396
Portugal	1.744	1.950	2.312	2.523	2.725	2.746	3.048	3.230	3.462	3.675
Finlandia	4.423	4.713	5.125	5.250	5.441	5.661	5.640	5.593	5.737	5.925
Suecia	5.452	5.812	6.316	6.414	6.422	6.567	6.710	6.876	7.098	7.367
Reino Unido	3.869	4.413	4.651	4.814	4.811	5.218	5.476	5.644	5.668	6.048

Fuente: Eurostat (2003). European social statistics. Social protection. Expenditure and receipts. Data 1991-2000.

ficit de gasto social de España en relación con el promedio de la UE-15 aumentó durante los años noventa, pasando de 1.521 UPC en 1991 a 2.442 UPC en 2000.

El escaso desarrollo de la protección social de nuestro país se debe, en gran parte, a la dictadura que gobernó España desde 1939 a 1977, y que se caracterizó por su enorme represión y por su escasa sensibilidad social (en 1975, año en que el dictador murió, el gasto público en protección social de toda España era sólo de un 14% del PIB, cuando en la Europa Occidental de aquel tiempo era ya de un 22,9% del PIB). La democracia significó un cambio muy notable del Estado de Bienestar en España, con un crecimiento muy significativo del gasto en protección social, y muy en particular entre los años ochenta y mediados de los noventa, durante el gobierno socialdemócrata. Desde esa fecha ha ido disminuyendo, especialmente desde 1996, bajo los gobiernos españoles conservadores.

La situación deficitaria aparece en casi todos los capítulos de la protección social en España. Nos referiremos a continuación a 5 capítulos que consideramos se encuentran entre las herramientas más importantes en la lucha en favor de la equidad social: la política sanitaria, las prestaciones y los servicios de ayuda a las familias, las prestaciones por viudedad, por invalidez y por vejez.

Sanidad*

En la tabla 3 se muestra el crecimiento del gasto en asistencia sanitaria por habitante, en UPC, desde 1991. Se puede ver que ha ido aumentando, lo cual da

pie al optimismo de que España va bien, mejorando año tras año el gasto per cápita. Así, en 1993 era de 839 UPC, subiendo a 1.068,6 UPC en 2000. Sin embargo, durante el mismo período, el gasto en sanidad ha tenido en la UE una evolución mayor, pasando de representar 1.220,4 UPC en 1993 a 1.615,6 UPC en 2000. El déficit del gasto en sanidad entre España y la UE-15 ha aumentado: era de 381,4 UPC en 1993 y de 547 UPC en 2000. Como puede observarse en la tabla 3, España tiene el tercer gasto por habitante más bajo de la UE, después de Portugal y Grecia.

Parte del problema que las cifras anteriores señalaban se encuentra en que el porcentaje del gasto en asistencia sanitaria sobre el PIB de España es del 5,8% en 2000, de los más bajos de la UE-15 (cuyo promedio es del 7,2%). Los datos muestran que no hay espacio para la imagen complaciente de que la sanidad española va bien.

Protección social: las ayudas profamiliares**

El discurso oficial retórico que subraya a la familia como el centro de nuestra sociedad contrasta con una

*Incluye las prestaciones de mantenimiento de la renta y ayuda en efectivo a causa de una enfermedad física o mental, con la excepción de los casos de invalidez, así como la atención sanitaria destinada a conservar, restablecer o mejorar el estado de salud de las personas protegidas.

**Incluye la asistencia en efectivo o en servicios (exceptuando la atención sanitaria) relacionada con el embarazo, el nacimiento y la adopción, la atención de infantes y otros familiares.

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
Capítulo 4. Las políticas de salud

Tabla 3. Gasto por habitante en prestaciones de la función enfermedad/asistencia sanitaria, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	741,2	807,7	839,0	828,7	844,5	904,0	921,3	927,9	1.016,4	1.068,6
Unión Europea-15	—	—	1.220,4	1.256,0	1.299,2	1.344,8	1.367,3	1.426,1	1.504,7	1.615,6
Bélgica	1.134,7	1.301,0	1.266,8	1.295,7	1.248,9	1.371,4	1.350,4	1.414,1	1.448,6	1.533,1
Dinamarca	988,1	1.003,0	1.086,4	1.108,6	1.159,0	1.212,5	1.248,5	1.358,1	1.441,7	1.521,2
Alemania	1.309,5	1.481,4	1.453,6	1.569,2	1.672,4	1.703,2	1.693,0	1.714,7	1.825,9	1.919,7
Grecia	468,0	531,9	574,1	617,7	651,8	681,7	724,8	769,5	877,4	1.037,3
Francia	1.301,4	1.380,3	1.417,7	1.449,0	1.503,9	1.551,7	1.570,9	1.636,7	1.709,7	1.863,5
Irlanda	955,6	1.080,0	1.149,9	1.242,6	1.373,6	1.319,2	1.490,5	1.519,7	1.703,3	1.864,2
Italia	1.094,9	1.116,5	1.054,7	1.050,8	1.009,6	1.073,2	1.132,0	1.192,9	1.267,3	1.429,0
Luxemburgo	1.333,1	1.467,1	1.700,5	1.614,3	1.729,3	1.893,6	1.898,1	1.918,5	2.095,9	2.241,5
Países Bajos	1.370,6	1.487,4	1.548,4	1.532,4	1.602,9	1.580,7	1.649,5	1.756,6	1.864,3	1.925,0
Austria	1.121,0	1.202,5	1.284,9	1.360,1	1.405,7	1.463,9	1.541,6	1.607,2	1.759,1	1.865,0
Portugal	518,6	575,3	676,4	785,7	861,1	762,6	843,0	892,6	971,4	998,9
Finlandia	1.147,6	1.073,1	1.063,3	1.036,6	1.106,9	1.174,0	1.203,6	1.228,5	1.283,3	1.368,3
Suecia	—	—	1.404,5	1.346,2	1.383,7	1.419,1	1.490,1	1.614,2	1.766,6	1.955,9
Reino Unido	928,3	1.040,2	1.079,5	1.117,0	1.105,3	1.196,3	1.259,0	1.369,8	1.388,2	1.504,7

Fuente: Eurostat, New Cronos Database. Fecha de consulta: julio de 2003.

Tabla 4. Gasto por habitante en prestaciones de la función familia, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	38,9	52,2	56,0	55,8	58,6	72,9	74,2	81,1	88,9	97,7
Unión Europea-15	—	—	345,7	359,7	370,9	416,7	438,6	449,0	467,1	484,8
Bélgica	381,9	408,3	443,8	443,4	463,4	482,0	529,0	548,4	539,8	557,4
Dinamarca	577,6	604,2	669,8	778,1	807,1	849,2	869,7	913,0	958,0	989,4
Alemania	347,6	382,9	387,6	395,5	404,3	543,7	600,5	608,0	672,2	715,7
Grecia	157,5	165,7	173,4	214,5	221,5	235,4	236,1	258,9	268,3	288,9
Francia	459,4	471,8	497,3	508,1	530,8	543,2	567,4	569,4	597,7	617,6
Irlanda	317,4	356,8	371,1	423,0	453,2	490,8	546,7	527,0	546,6	589,0
Italia	141,3	141,8	131,7	133,4	140,0	162,7	170,0	184,0	199,9	219,5
Luxemburgo	571,6	613,9	764,2	863,9	911,0	947,0	964,3	1.102,5	1.324,8	1.475,8
Países Bajos	259,5	253,9	257,0	247,0	257,7	253,9	278,9	278,4	274,6	299,3
Austria	446,7	509,2	563,9	655,0	623,8	639,8	630,2	613,9	679,3	762,6
Portugal	104,4	108,3	119,2	121,4	127,6	130,2	141,8	147,2	157,2	180,6
Finlandia	572,2	589,7	603,8	696,9	706,2	685,9	691,5	696,0	714,8	720,7
Suecia	—	—	745,6	774,4	721,4	700,8	689,7	720,6	732,4	781,0
Reino Unido	317,7	365,4	383,4	399,5	409,2	445,6	456,9	474,9	429,2	410,5

Fuente: Eurostat, New Cronos Database. Fecha de consulta: julio de 2003.

realidad de ayudas muy pequeñas a la familia en España. La tabla 4 muestra las unidades de poder de compra en España en ayudas a las familias por habitante y por año en 2000, 97,7 UPC, comparadas con 484,8 UPC en la UE-15, una cantidad que es cinco veces menor. Es, con mucho, el gasto menor en la UE-15, confirmando que el gobierno español es el gobierno con menor sensibilidad a las necesidades de las familias en la UE-15.

Esta realidad de escasa sensibilidad a las familias se muestra también cuando analizamos las ayudas pro-familiares como porcentaje del PIB: el gasto profami-

lia en España es sólo un 0,5% del PIB, cuatro veces menor que el promedio de la UE-15 que es de 2,1%. Nuevamente, España presenta el nivel más bajo de la UE-15.

Los servicios de ayuda a la familia

Hemos visto en el punto anterior el escaso desarrollo de las prestaciones correspondientes a la función «familia». Completaremos la información brindada con una referencia a dos servicios de ayuda a la familia: las

escuelas de infancia para niños de 0 a 3 años y los servicios de ayuda a domicilio para personas mayores.

En España, el desarrollo de los servicios a las familias es muy escaso, tanto en lo que respecta a la atención de los niños como de las personas mayores. No sólo la expansión del Estado de Bienestar hacia estas áreas se ha realizado de manera tardía sino que, además, la intensidad protectora de las intervenciones es muy baja. Este bajo nivel de desarrollo del Estado de Bienestar genera profundas desigualdades en el interior de la sociedad (sociales y de género), y compromete también la competitividad económica del país, al obstaculizar la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. La conflictiva incorporación de las mujeres españolas a la actividad laboral formal, debida principalmente a la ausencia de políticas efectivas que permitan compaginar la actividad laboral y la vida cotidiana de hombres y mujeres, ha derivado, entre otras consecuencias, «en una maternidad tardía y en una tasa de fecundidad de las más bajas del mundo occidental»¹.

El escaso nivel de desarrollo de los servicios a las familias está ligado con los orígenes del Estado de Bienestar español. Junto con Grecia y Portugal, España es un país marcado por la dictadura. Se trata de países en los que la sobrecarga de la responsabilidad de las familias (y en particular de las mujeres) en la provisión del bienestar es muy elevada. La ausencia del derecho de ayuda a la familia crea una sobrecarga en la mujer española que cuida a los infantes, los jóvenes (que están en casa hasta que tienen 30 años como promedio), los esposos o los compañeros, los ancianos y las personas con discapacidades, y un 42% también trabaja, lo que significa una enorme sobrecarga.

Analizaremos, en primer lugar, la situación de las escuelas de infancia. Las escuelas de infancia desempeñan un papel muy importante para mejorar el desarrollo infantil, además de facilitar la participación de la mujer en el mercado de trabajo y de crear empleo. Respecto al primer punto, la mejora del desarrollo intelectual y emotivo del niño y de la niña, es muy importante romper con el concepto de guarderías que ven a los niños y a las niñas como cuerpos que hay que guardar mientras los padres trabajan. Esta visión de la atención del infante, que establece guarderías como si se trataran de aparcamientos infantiles, es sumamente negativa. Algunos estudios científicos muestran clara y convincentemente que la edad de 0 a 3 años es clave para determinar el desarrollo intelectual y emotivo de los infantes, requiriéndose unas competencias y condiciones en las que se sientan estimulados e incentivados para su desarrollo intelectual. De ahí que se requieran escuelas de infancia en lugar de guarderías y, por tanto, la desregulación de las escuelas de atención a los infantes de 0 a 3 años que acaba de aprobar el gobierno español puede tener un efecto negativo, al facilitar la aparición de guarderías que no tendrán

las competencias ni los objetivos de desarrollar el crecimiento intelectual de los niños.

El porcentaje de infantes menores de 3 años (primer ciclo de educación infantil) que asiste a escuelas de infancia públicas es muy escaso en España, comparado con otros países de la UE. Sólo el 8% de los menores de 3 años tiene plaza en una escuela de infancia pública, frente al 44% de Dinamarca, el 40% de Suecia o el 23% de Francia.

Para acercarse a los niveles europeos deberían asistir el 20% de los niños y niñas menores de un año, el 50% de los de 1-2 años y el 80% de los de 2-3 años. En la tabla 5 se presenta una proyección de estos valores de cobertura sobre la población infantil y las plazas actualmente existentes. Como puede observarse, en España existe un déficit de más de 430.000 plazas.

La situación respecto al nivel de desarrollo del segundo servicio, la atención domiciliaria para las personas mayores, es similar. Pero veamos en primer lugar en qué consisten. Los servicios de atención domiciliaria (SAD) para las personas mayores tienen como objetivo ayudar a que las personas dependientes puedan desarrollar las actividades de su vida cotidiana con normalidad. La tendencia generalizada en todos los países de la UE en el cuidado de la tercera edad es la de dar prioridad a los servicios basados en el domicilio de las personas, evitando o demorando, por un lado, la institucionalización de las personas dependientes y, por otro lado, sobrecargar a las familias y sobre todo a las mujeres, ayudándolas para que las personas adultas que la componen puedan combinar sus responsabilidades familiares con las profesionales. Los servicios de ayuda a domicilio constituyen una opción importante frente a las residencias. Ello no significa que no deban promoverse las residencias, ya que en muchos casos se necesita de atención especializada durante las 24 h. Pero tanto los servicios a domicilio como las viviendas asistidas (también llamadas viviendas con servicios) posibilitan que muchas personas mayores puedan continuar desarrollando una vida autónoma, sin perder su entorno social.

Tabla 5. Asistencia y déficit en educación infantil (España, 2001)

Edad	Total niños	Niños/as que asisten a escuelas de infancia, públicas y privadas	Tasa de escolarización propuesta	Niños/as que deberían asistir	Estimación de plazas faltantes
0-1	277.496	3.883	20%	55.499	51.616
1-2	320.877	16.205	50%	160.438	144.233
2-3	359.854	45.538	80%	287.883	242.345
Total 0-3	958.227	65.626		503.820	438.194

Fuente: INE, 2001.

Si bien no existe un criterio único para medir con absoluta certeza el grado de dependencia de una población determinada y, por tanto, sus necesidades de atención, sí es posible estimarla. Tanto el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) como la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología entienden el concepto de dependencia como el grado de dificultad que presenta una persona para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria. Existen diferentes escalas para medir el grado de dependencia de las personas, y así estimar las horas semanales de atención que requieren las personas, de acuerdo con sus distintos niveles de dependencia. Uno de ellos es el método de graduación de la dependencia elaborado por el profesor Gregorio Rodríguez Cabrero², partiendo de la clasificación de dependencia que se desprende de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 y 1995, y similar al empleado en el documento del Defensor del Pueblo del año 2000³. Según este criterio, las personas con dependencia mediana requieren 6 h de asistencia semanales y quienes presentan un nivel de dependencia grave, 10 h semanales.

Los países escandinavos son pioneros en el desarrollo de los servicios de atención domiciliaria para las personas dependientes. En Dinamarca, por ejemplo, el 24% de los mayores de 64 años reciben atención domiciliaria, con un promedio de 5 h semanales de atención. En Suecia, la cobertura alcanza al 17% de la población mayor, con un promedio de 6 h semanales. En los Países Bajos, la cobertura es del 9,5% y en el Reino Unido, del 5,52%⁴. Pero los servicios de atención domiciliaria en España se encuentran muy lejos de estos porcentajes, en cuanto a la cobertura (1,5% de la población mayor de 64 años) y en cuanto a la intensidad de atención (sólo 4,7 h semanales promedio de atención por persona).

A fin de remediar este déficit se han realizado dos propuestas principales sobre la cobertura e intensidad que deberían alcanzar los servicios de ayuda domiciliaria, si bien no se han llevado adelante. La primera es la elaborada por el Defensor del Pueblo y por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología⁵, y la segunda, más ambiciosa, es la elaborada por Rodríguez Cabrero para el IMSERSO⁶.

La propuesta realizada por el Defensor del Pueblo y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología considera que un horizonte alcanzable sería que para el año 2006 estuviese cubierto el 5% de la población mayor con un promedio de 7 h semanales de atención. La segunda propuesta considera que la cobertura debería ser del 14,9% de la población mayor de 64 años, con una intensidad promedio de atención de 6 a 10 h semanales, según los grados de dependencia.

En la tabla 6 se presenta una estimación del déficit en atención domiciliaria, sobre datos del año 2001. Para calcularlo, hemos proyectado en la población es-

Tabla 6. Proyección sobre la población española de dos criterios de ampliación de los servicios de atención domiciliaria para los mayores de 64 años

Personas cubiertas actualmente	Proyección sobre la población mayor de 64 años de la propuesta de Rodríguez Cabrero/IMSERSO	Estimación del déficit de cobertura, según de Rodríguez Cabrero/IMSERSO	Proyección sobre la población mayor de 64 años de la propuesta del Defensor del Pueblo/SEGG	Estimación del déficit de cobertura, según el Defensor del Pueblo/SEGG
92.948	889.715	796.767	298.562	205.614

Fuente: elaboración propia sobre datos de IMSERSO y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

pañola mayor de 64 años los criterios de cobertura presentados en el párrafo anterior, para así obtener la población que debería estar cubierta de acuerdo a estos criterios. Hemos restado de esta cifra las personas que actualmente tienen acceso al servicio, lo que nos devuelve la estimación de personas que deberían recibir el servicio. Así, de acuerdo a la propuesta de Rodríguez Cabrero-IMSERSO, vemos que en España existe un déficit de asistencia de 796.767 personas, mientras que, de acuerdo con la propuesta del Defensor del Pueblo y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, el déficit alcanzaría las 205.614 personas.

Como hemos mencionado en el párrafo inicial de este apartado, son las familias y, en particular, las mujeres quienes se encargan de cubrir el déficit social en atención a las personas dependientes. Según datos del Observatorio de Mayores⁶, existe un patrón de asistencia definido, según el sexo de la persona dependiente. Las mujeres mayores dependientes son cuidadas principalmente por sus hijas (el 36,7% de los casos) y por otros parientes (19,7%). Los hombres mayores dependientes son asistidos por sus esposas (44,6%), hijas (21,3%) y otros familiares (12%). «El modelo de atención a la discapacidad de los mayores se basa en la mujer, esposa o hija, cuidadora de hombre, esposo o padre... La parte fundamental del cuidado corre a cargo de mujeres de edad intermedia (40-65 años), con padres ya mayores y con elevado riesgo de enfermedad y discapacidad. También mujeres de edad son cuidadoras: es preocupante comprobar que casi un 12% de los cuidadores (fundamentalmente mujeres) tienen más de 70 años»⁶.

En algunas ocasiones se ha argumentado que la importancia de la familia en la cultura latina hace que no sea posible desarrollar los servicios de ayuda domiciliaria, como se ha hecho en los países escandinavos. Que los patrones culturales de la gente mayor no les permiten aceptar ser cuidados por «extraños» en lugar de por miembros de la familia. Sin embargo, según datos

Navarro V et al. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad

Tabla 7. Gasto por habitante en prestaciones de la función supervivencia, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	111,3	116,0	118,3	124,9	127,9	134,7	137,4	138,6	144,9	153,2
Unión Europea-15	—	—	225,5	234,9	234,8	253,8	266,4	265,4	277,6	289,0
Bélgica	485,6	515,1	579,8	591,3	581,8	597,7	605,3	621,3	607,5	626,5
Dinamarca	3,9	3,6	3,9	4,0	4,0	4,0	3,9	3,8	3,6	3,1
Alemania	82,9	86,0	90,0	96,7	100,0	101,1	105,2	104,2	105,3	108,6
Grecia	53,9	55,6	58,7	61,2	61,0	89,6	94,3	107,6	122,5	129,6
Francia	300,3	311,2	313,3	318,7	330,0	341,5	344,3	353,2	364,4	380,4
Irlanda	185,2	200,1	204,7	219,1	232,3	232,3	247,6	249,2	251,3	267,3
Italia	406,9	446,0	454,5	493,2	471,1	521,3	551,1	547,1	596,9	611,6
Luxemburgo	246,7	247,3	250,3	267,8	268,1	262,5	253,0	258,1	274,6	271,0
Países Bajos	258,6	274,6	283,9	286,9	314,7	333,3	345,2	331,1	341,8	353,8
Austria	499,5	519,9	546,8	565,5	581,5	615,8	631,0	637,4	669,2	708,2
Portugal	113,9	127,2	144,5	158,3	168,0	184,2	249,6	206,7	221,5	237,3
Finlandia	173,9	183,0	199,9	199,7	206,1	213,2	217,7	215,2	223,2	228,6
Suecia	—	—	138,7	146,5	147,7	156,9	152,4	152,0	154,7	159,7
Reino Unido	146,2	160,0	165,5	175,4	177,7	196,4	214,5	211,9	219,3	242,7

Fuente: Eurostat, New Cronos Database. Fecha de consulta: julio de 2003.

del Estudio 2072 del CIS, en donde se entrevistó a personas mayores de 64 años, el 37% de los encuestados consideró que el Estado, a través de los servicios sociales, debe hacerse cargo de la atención de las personas mayores dependientes, el 29% consideró que el Estado y la familia deben compartir la responsabilidad y el 29% que sólo la familia⁷. Respecto al servicio social idóneo para atender a las personas mayores, el 56,5% de los entrevistados respondió por el servicio de ayuda a domicilio.

Prestaciones de supervivencia o viudedad*

La asistencia por supervivencia o viudedad (cuyo componente más importante son las pensiones por viudedad) está también poco desarrollada en España. El gasto por habitante (medido en UPC) fue en 2000 de 153,2 UPC, comparadas con 289 UPC en la UE-15 (tabla 7). Este déficit con la UE-15 se ha ido agravando durante la década de los noventa, y ha subido de 107 UPC en 1993 (225-118) a 136 UPC en 2000 (289-153), y ello a pesar de que el crecimiento de la población anciana (como porcentaje de toda la población) ha ido aumentando más rápidamente en España que en el resto de la UE, con lo cual el déficit de gasto social en prestaciones por viudedad se está acentuando todavía más.

*Incluye las prestaciones de mantenimiento de la renta (también conocidas como pensiones de viudedad) y ayuda en efectivo o en servicios relacionada con la muerte de un miembro de la familia.

Cuando medimos el gasto en prestaciones por viudedad como porcentaje del PIB en España, podemos observar que es muy bajo (0,8% del PIB, comparado con un 1,3% del PIB en promedio de UE-15) y que ha ido descendiendo, bajando de representar un 0,9% del PIB en 1993 a un 0,8% del PIB en 2000. El promedio de la UE es mucho más alto, que osciló alrededor del 1,3% del PIB durante los años noventa.

El escaso desarrollo de las pensiones de viudedad tiene un impacto muy negativo sobre las condiciones de vida de muchas mujeres mayores, que tienen en la pensión de viudedad su única fuente de ingresos. Según datos del Observatorio de Mayores del IMSERSO, el 75,5% de las pensiones de viudedad son pagadas a mujeres mayores de 64 años. En lo que atañe a las cuantías, el valor promedio de las pensiones de viudedad contributivas, percibidas por personas mayores de 64 años, era en 2002 de 385,5 euros por mes. El valor promedio de las pensiones de viudedad no contributivas quedó establecido el 1 de enero de 2003 en 285,99 euros por mes.

Prestaciones por invalidez**

La tabla 8 muestra que el gasto promedio por persona en prestaciones por invalidez (incluidas las pen-

**Incluye las prestaciones de mantenimiento de la renta (pensiones por invalidez) y ayuda en efectivo o en servicios (exceptuando la atención sanitaria) relacionada con la incapacidad de las personas con disminución física o psíquica.

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
Capítulo 4. Las políticas de salud

Tabla 8. Gasto por habitante en prestaciones de la función invalidez, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	195,5	200,0	211,1	216,5	217,4	238,0	242,9	256,9	264,4	276,1
Unión Europea-15	—	—	354,7	372,3	384,7	409,2	428,9	440,6	454,9	477,5
Bélgica	315,4	319,9	411,2	419,8	466,5	483,9	494,7	516,1	508,9	529,9
Dinamarca	490,1	503,9	570,4	636,3	691,9	732,1	746,8	813,2	891,4	902,4
Alemania	253,6	291,9	314,8	341,5	370,3	415,4	467,4	481,9	504,7	531,3
Grecia	119,8	116,9	119,0	119,6	120,9	131,0	138,3	152,7	172,6	200,7
Francia	286,3	290,5	294,1	304,0	311,2	326,4	330,5	340,3	355,4	374,3
Irlanda	126,9	138,7	145,1	159,0	182,6	189,1	201,4	201,0	213,0	240,1
Italia	272,5	288,5	298,5	317,2	304,6	329,3	323,0	316,8	335,5	341,4
Luxemburgo	702,5	716,0	766,9	815,0	878,9	922,9	964,4	948,7	1.220,8	1.214,3
Países Bajos	792,0	818,7	821,9	740,2	708,7	699,2	726,5	738,7	756,9	777,4
Austria	303,6	318,9	346,7	393,2	412,1	454,4	475,6	502,8	536,8	589,6
Portugal	233,8	253,3	290,2	329,7	292,2	311,7	349,7	358,4	369,3	424,0
Finlandia	656,0	693,2	752,8	760,7	791,8	808,1	805,0	782,6	793,3	799,5
Suecia	—	—	655,9	716,3	765,3	752,8	760,3	786,5	824,0	869,1
Reino Unido	343,2	390,5	444,1	483,6	501,1	525,4	538,4	550,8	530,0	550,9

Fuente: Eurostat, New Cronos Database. Fecha de consulta: julio de 2003.

siones por invalidez) era de 276 UPC de poder de compra en 2000, más bajo que el promedio de la UE (454); a pesar de que ha habido un crecimiento de este gasto durante la década de los noventa, éste ha sido menor que el promedio de la UE. Con lo cual el déficit del gasto social por invalidez por persona ha aumentado, de ser 143 UPC en 1993 (354-211) a 201 UPC (477-276) en 1999.

También como el gasto social en prestaciones por invalidez como porcentaje del PIB es muy bajo (1,5% del PIB) en comparación con el promedio de la UE (2,1% del PIB) y habiendo disminuido durante la década de los años noventa (que descendió de un 1,7% del PIB en 1993 a un 1,5% del PIB en 2000), mientras que en el promedio de la UE-15 se ha mantenido durante estos años en un 2,2% del PIB.

Prestaciones por vejez

Éste es uno de los capítulos más importantes del Estado de Bienestar, ya que incluye las pensiones por jubilación, como así también el resto de los servicios de ayuda a los ancianos (excluyendo la atención sanitaria), como son las residencias de ancianos y los servicios de asistencia domiciliaria (a los que ya nos hemos referido).

Las pensiones por jubilación representan el capítulo más importante de transferencias del Estado de Bienestar y tienen una gran importancia para definir el nivel y la calidad de vida de la población anciana de España. Sólo hay que considerar que sin tales pensiones el 68% de la población anciana en España sería pobre,

con lo que tal programa de la seguridad social es el programa antipobreza más importante del país, como ocurre, por cierto, en la mayoría de los países de la UE-15. De ahí que sea uno de los programas más populares del Estado de Bienestar. Encuesta tras encuesta señalan que la mayoría de la población, tanto adultos como ancianos, en España considera que el Estado debería gastarse más en pensiones.

Las prestaciones por vejez representan el 8,3% del PIB en España, mucho menos que el promedio de la UE-15, el 10,9% del PIB. Este déficit del 2,6% del PIB con el promedio de la UE-15 no puede justificarse, como erróneamente se hace, como resultado de que España tiene menos ancianos que el resto de la UE-15. En realidad, la estructura demográfica de España está evolucionando muy rápidamente hacia el promedio de estructura demográfica de la UE-15, y hoy el porcentaje de la población por encima de los 60 años es en España un 21,6% de la población, similar al promedio de la UE-15. La causa más importante para explicar este déficit en el gasto social en vejez no es pues la estructura demográfica, sino dos hechos a los que no se ha dado la visibilidad que merecen. Uno, el más importante, es el bajo nivel de las pensiones, y el otro es la baja cobertura de las pensiones. Es importante subrayar estos puntos porque se han oído voces muy poderosas en España que han criticado las pensiones de jubilación como excesivamente generosas.

La tabla 9 muestra, sin embargo, lo erróneo de tales declaraciones. España se gasta 1.522,1 UPC por persona en prestaciones por vejez, cifra muy por debajo del promedio de la UE (2.431 UPC), con el agravante de que el déficit del gasto en prestaciones por vejez por persona en España con la UE ha ido aumentando du-

Navarro V et al. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad

Tabla 9. Gasto por habitante en prestaciones de la función vejez, en unidades de poder de compra (Unión Europea, 1991-2000)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	934,4	998,6	1.071,7	1.100,2	1.168,3	1.264,0	1.324,5	1.332,2	1.426,5	1.522,1
Unión Europea-15	—	—	1.793,4	1.820,0	1.901,5	2.016,4	2.128,1	2.198,1	2.308,0	2.451,0
Bélgica	1.304,7	1.428,9	1.583,9	1.647,5	1.694,3	1.768,6	1.853,7	1.953,2	1.948,6	2.049,4
Dinamarca	1.763,6	1.803,0	1.953,5	2.339,9	2.452,6	2.652,4	2.708,7	2.693,3	2.797,0	2.867,0
Alemania	1.699,4	1.840,9	1.910,6	2.054,4	2.200,9	2.287,4	2.393,0	2.467,2	2.610,0	2.752,2
Grecia	962,4	1.025,5	1.097,1	1.158,4	1.244,8	1.356,6	1.421,0	1.603,5	1.737,9	1.799,8
Francia	1.672,2	1.774,2	1.832,0	1.902,6	1.983,8	2.061,1	2.119,3	2.192,5	2.319,0	2.443,8
Irlanda	648,6	700,9	721,8	767,1	771,3	730,8	786,1	787,5	817,2	883,1
Italia	1.899,2	2.112,5	2.096,6	2.214,8	2.291,5	2.396,1	2.559,8	2.695,7	2.834,5	3.019,8
Luxemburgo	2.298,3	2.417,8	2.577,5	2.698,9	2.862,7	2.906,1	3.007,1	3.034,6	3.146,2	3.283,5
Países Bajos	1.532,5	1.616,1	1.675,2	1.697,3	1.823,1	1.928,9	2.105,4	2.224,3	2.327,8	2.429,8
Austria	1.658,1	1.735,2	1.875,2	2.002,7	2.069,8	2.211,3	2.320,6	2.371,6	2.547,7	2.757,7
Portugal	517,5	583,8	671,3	736,4	848,7	910,7	945,1	1.041,7	1.135,5	1.250,5
Finlandia	1.231,7	1.288,4	1.408,3	1.431,5	1.527,5	1.641,1	1.640,3	1.650,8	1.738,4	1.825,9
Suecia	—	—	2.170,0	2.215,3	2.224,6	2.385,1	2.477,7	2.527,5	2.599,7	2.664,7
Reino Unido	1.466,3	1.662,7	1.725,4	1.789,6	1.805,3	2.002,4	2.191,4	2.233,2	2.302,1	2.530,2

Fuente: Eurostat, New Cronos Database. Fecha de consulta: julio de 2003.

rante los años noventa, pasando de ser 668 UPC en 1993 a 929 UPC en 2000.

La tabla 10 muestra algunos datos comparativos con los países de la UE-15, que resume algunos de los datos y observaciones realizadas en el análisis de las pensiones. Como puede observarse, la edad de jubilación legal en España es 65 años, como en la gran mayoría de los países de la UE-15, excepto Francia, que es de 60 (e Italia para las mujeres también a los 60 años), mientras que en Dinamarca es de 67 años. Las columnas 1 y 3 de esta tabla son las bases para las voces que promueven la versión, citada anteriormente, de que las pensiones en España son excesivamente generosas. En España el número de años necesarios para alcanzar la pensión contributiva máxima es de 35, un período menor que en la mayoría de otros países, alrededor de 40 años. Es más, la tasa neta del beneficio (como porcentaje del salario neto) es del 97-98% sin cónyuge y el 96-98% con cónyuge, de las más altas en la UE-15, como muestra la cuarta columna de la tabla 10. Ahora bien, cuando se deriva de estos datos la conclusión de que las pensiones son muy altas al representar (en el beneficio máximo) casi la totalidad del salario, se ignora un hecho fundamental y es que los salarios son muy bajos en España. Tomando los salarios del sector manufacturero (el sector con salarios más altos) en 1999 (publicado por el Departamento de Trabajo del Gobierno Federal de Estados Unidos), observamos que si consideramos el salario horario promedio de Estados Unidos como 100, los salarios de Austria (114), Dinamarca (120), Finlandia (110), Noruega (125), Suecia (112), Bélgica (119), Alemania (140), Países Bajos (109) y Suiza (123) son superiores, mientras que en España son muy inferiores (63), con lo cual un

alto porcentaje de salario bajo representa una cantidad de pensión mucho más baja que el valor promedio de pensión para tal trabajador (considerado como el mejor pagado en España). Y esta situación se agudiza en el caso de las mujeres, ya que mayoritariamente trabajan en el sector servicios (con salarios aun más bajos) y además sus salarios son menores que los de los hombres.

Conviene insistir en este punto que atribuye excesiva generosidad a las pensiones. Como queda indicado, el problema no es la excesiva generosidad de las pensiones, sino la austeridad de los salarios. Por ejemplo, una persona que tenga un sueldo equivalente al salario mínimo puede, después de 35 años de cotizaciones, alcanzar su pensión que significará el 100% de su salario, mientras que para otro cotizante, con un salario 10 veces superior al anterior, por el efecto de los topes de cotización y de pensión, el porcentaje de sustitución de la pensión respecto de su salario no alcanzaría ni el 50% de sus ingresos.

A pesar de estos aumentos se ha aconsejado retrasar la edad de jubilación a 67 e incluso a 70 años. Sin embargo, sería un error hacerlo, pues con esta medida se reducirían los años de beneficio de la jubilación. La obligatoriedad de este retraso del año de jubilación sería una pérdida importante de los derechos adquiridos por la fuerza laboral, y sería con razón, altamente impopular. El retraso de la edad de jubilación, de ser obligatorio, sería regresivo y penalizaría sobre todo a los sectores de la fuerza de trabajo (casi el 50% de los trabajadores de España) que tienen escasa cualificación, realizan un trabajo repetitivo, con escasas posibilidades de creatividad y control sobre sus condiciones de trabajo.

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
Capítulo 4. Las políticas de salud

Tabla 10. Indicadores de protección social de la vejez. Unión Europea, 2001

Condiciones para obtener los beneficios máximos				
País	Años cotizados	Edad de jubilación	Tasa neta ^a	Porcentaje de población mayor de 60 años sobre la población total (año 2000)
Italia	40	Hombres: 65 Mujeres: 60	89-94	23,9
Francia		60	—	20,5
Suecia	40	65	—	22,3
Alemania	—	65	Sin cónyuge: 63-77 Con cónyuge: 55-69	22,8
Reino Unido	40	Hombres: 65 Mujeres: 60-65	Sin cónyuge: 30-53 Con cónyuge: 39-73	20,4
Dinamarca	40	67	Sin cónyuge: 37-83 Con cónyuge: 48-104	19,7
Austria	40	Hombres: 65 Mujeres: 60-65	—	20,4
Grecia	35	65	Sin cónyuge: 97-125 Con cónyuge: 99-132	22,9
Países Bajos	50	65	Sin cónyuge: 27-66 Con cónyuge: 37-90	18,2
Bélgica	Hombres: 45 Mujeres: 42-45	Hombres: 65 Mujeres: 62-65	Sin cónyuge: 53-81 Con cónyuge: 62-91	21,8
España	35	65	Sin cónyuge: 97-98 Con cónyuge: 96-98	21,6
Luxemburgo	40	65	Sin cónyuge: 59-86 Con cónyuge: 65-85	19,6
Finlandia	40	65	—	19,8
Portugal	40	65	Sin cónyuge: 89-102 Con cónyuge: 95-103	20,6
Irlanda	—	65	Sin cónyuge: 26-57 Con cónyuge: 35-84	15,1
Total UE	—	—	—	21,6

^aPorcentaje sobre salario neto.

Fuente: Ferreras F. La evolución de la Seguridad Social en la Unión Europea con especial referencia a las pensiones. Madrid: Revista de Relaciones Laborales, 2002.

De ahí que la medida más aconsejable, en lugar de retrasar la edad de jubilación, sea la de favorecer la entrada de la mujer en el mercado de trabajo, promoviendo la disminución de las desigualdades salariales entre hombres y mujeres, y aumentar los salarios y con ello las contribuciones a la Seguridad Social, además de evitar las cargas de jubilación anticipadas a las que hacemos referencia en esta sección. Estos comentarios no significan una insensibilidad por parte nuestra hacia realizar reformas en la edad de jubilación, en sentido de que la edad de jubilación real en España (63 años) sea la más próxima posible a la edad de jubilación legal, evitando además que la seguridad social realice funciones que no son propias de tal institución, como facilitar el reajuste de las plantillas de las empresas como parte de la política industrial del país. En este aspecto es injusto para la Seguridad Social y para el trabajador que ésta tenga que asumir los costes de la prejubilación, pagando la pensión de la persona que se jubila, en el momento de la jubilación, en lugar de que

la empresa continuara cotizando hasta la edad legal de jubilación, permitiendo que tal trabajador reciba la pensión completa que le correspondería a su edad legal de jubilación. Desde este punto de vista, el gobierno conservador español ha seguido una política de favorecer las prejubilaciones que creemos errónea e injusta para los trabajadores y para la Seguridad Social. Nosotros creemos que debiera estimularse progresivamente que la edad real de jubilación vaya coincidiendo con la edad legal, evitando que las cargas de jubilación anticipada se trasladen al sistema de la Seguridad Social, con los consiguientes efectos negativos sobre ella y sobre los trabajadores y trabajadoras.

Conclusiones y recomendaciones

Los datos que este artículo presenta no permiten el optimismo que refleja el tan conocido lema de «Es-

paña va bien». La realidad muestra que la España social no va bien en muchos aspectos de gran importancia para la calidad de vida del pueblo español. Ni que decir tiene que mucho se ha hecho desde que la democracia se estableció en España. Ahora bien, el punto de partida era tan bajo (resultado de la enorme insensibilidad social de la dictadura franquista) que, a pesar de los avances que se han hecho, todavía queda mucho por hacer. En realidad, estos avances han retrocedido desde el año 1994, de manera que la convergencia hacia el promedio de gasto público social se ha interrumpido y revertido. Esto debería causar una cierta preocupación y promover un debate nacional.

Entre las recomendaciones que consideramos necesarias para revertir el déficit en protección social de España con el promedio de la UE, y aumentar la equidad social y de género, incluimos las siguientes:

– La necesidad de hacer converger el promedio del gasto en protección social español con el prome-

dio de la UE en un período no mayor de 3 legislaturas.

– La necesidad de introducir en la legislación española un nuevo derecho social que garantice, por parte del Estado, el acceso de las personas a los servicios de ayuda a las familias. Este derecho debería ser universal y no asistencial, es decir, todas las personas deberían tener tal derecho de acceso, independientemente de su situación familiar o de su nivel de ingresos, y es responsabilidad pública ofrecer tales servicios.

Estos servicios profamiliares deben ir acompañados por otro tipo de políticas públicas que favorezcan el desarrollo y la autonomía de sus miembros. Entre ellos deberían incluirse la mejora del mercado de trabajo para los jóvenes (hoy en día muy deteriorado), y una mayor ayuda en viviendas, facilitando el mercado de alquileres (hoy poco desarrollado en España) y, a su vez, un cambio de valores en el que el hombre se responsabilizara de las tareas familiares en el mismo grado que la mujer.

Bibliografía

1. González MJ. Servicios de atención a la infancia en España. Documento de trabajo Fundación Alternativas, 2003;1: p. 9. Disponible en: <http://www.fundacionalternativas.com/fundacion/proyectos/serviciosdeatencionalainfancia/sDocumentosfinalizadosl010.pdf>
 2. Rodríguez Cabrero G, coordinador. La protección social de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO, 1999.
 3. Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos, 2001. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
 4. Rostgaard T, Fridberg T. Caring for children and older people. A comparison of European Policies and Practices. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research, 1998.
 5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España, 2000.
 6. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
 7. Campo Ladero MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Opiniones y Actitudes N.º 31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2000.
-