

Público

ELEMENTOS ESENCIALES PERO OLVIDADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

Vicenç Navarro

Catedrático de Ciencias Políticas y Políticas Públicas, Universitat Pompeu Fabra; Director del JHU-UPF Public Policy Center en Barcelona

22 de junio de 2020

Resumen de la [presentación](#) a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados

Señorías, la pandemia ha mostrado claramente las enormes deficiencias del Estado del Bienestar español (es decir, los servicios públicos como la sanidad, los servicios sociales, las escuelas de infancia, los servicios de dependencia, las residencias de ancianos, la vivienda social y muchos otros servicios, así como las transferencias destinadas a prevenir la pobreza y la exclusión social, entre otras). **Cada uno de estos servicios y transferencias citados están muy poco financiados, en comparación con el promedio de los países de la UE-15** (el grupo de países con un nivel de

desarrollo económico semejante de tal comunidad de naciones). En 2018, el gasto público social (que abarca la mayoría de tales servicios y transferencias, junto con educación) fue de un 27,4% del PIB español, cuatro puntos menos del PIB (31,5%) que el promedio de la UE-15 y casi siete puntos menos que Suecia (34,1%), el país con mayor desarrollo social de la UE (y uno de los países más eficientes y competitivos económicamente, como ha tenido que reconocer el Foro de Davos -institución de clara sensibilidad neoliberal-). Lo que estos datos dicen es que **nos gastamos casi 50.000 millones de euros menos de lo que deberíamos gastarnos para alcanzar el porcentaje medio de gasto público social de la UE-15 (80.500 millones menos para alcanzar el nivel de Suecia).**

Cuantificando los fondos que tendríamos que haber invertido en el Estado del Bienestar para alcanzar el promedio de la UE-15

Este déficit aparece en todos los servicios del Estado del Bienestar. Así, en **sanidad**, en 2018, el gasto público era de un 6% del PIB, mucho menos que el promedio de la UE-15 (7,2%), **lo que implica que deberíamos haber gastado al menos 14.400 millones más de euros en tales servicios.** Esta subfinanciación explica, en gran parte, la enorme crisis del sistema público sanitario durante la pandemia, el cual claramente se ha visto desbordado, **contribuyendo a que se diera la elevada mortalidad debida al**

coronavirus. El déficit fue incluso mayor en las transferencias de la **protección social**, en las que se invirtió, en 2018, un 16,9% del PIB, mucho menos que el promedio de la UE-15 (19%) y que Suecia (19,5%), lo cual quiere decir que nos gastamos 25.240 millones de euros menos de lo que deberíamos haber gastado para alcanzar el promedio de la UE-15, y 31.250 millones menos en relación con Suecia. En **educación**, tales cantidades habrían tenido que ser de 8.415 millones de euros más para alcanzar el porcentaje de gasto de la UE-15, y de 34.865 millones más para alcanzar el porcentaje de gasto de Suecia. En **vivienda** hubieran sido 1.084 millones de euros más para alcanzar el porcentaje de gasto de la UE-15, y 2.167 millones de euros para alcanzar el porcentaje de gasto sueco. Y en gasto público en **cuidados de larga duración** el déficit fue de 11.618 millones de euros para alcanzar el porcentaje de gasto de la UE-15 y de 29.045 millones para alcanzar el porcentaje de gasto de Suecia. **Y es importante señalar que tal pobreza de recursos incluye también un gran déficit de personal, muy acentuado en los servicios esenciales, ocupados en su mayoría por mujeres, que en España cuentan con escaso poder adquisitivo, trabajo inestable y mal remunerado, y con una elevada tasa de temporalidad.**

La urgente necesidad del 4º pilar del Estado del Bienestar

Permítanme destacar que la parte menos desarrollada y financiada del Estado del Bienestar español es la que en otros países se llaman los **servicios de ayuda a las familias, es decir, los servicios de educación y atención a la infancia, y los servicios de atención a la dependencia, servicios que deberían considerarse como parte de un derecho personal individual, complementando el derecho de acceso a la sanidad, el derecho de acceso a la educación y el derecho a la jubilación. De ahí su nombre -el 4º pilar del Estado del Bienestar-**. Y quisiera añadir aquí que, aun siendo un derecho individual y personal de todo ciudadano o ciudadana español, **beneficia a toda la familia, una unidad que en teoría es valorada a nivel popular pero que parece olvidada por el Estado. Tales servicios están muy poco desarrollados en España. Familia, en nuestro país, equivale a decir mujer, y de ahí que estén tan olvidados por el Estado.** Estos servicios son, así pues, un elemento clave de la economía de los cuidados. Y tienen una gran importancia para **facilitar la integración de la mujer en el mercado de trabajo**, ya que le permiten compaginar su proyecto profesional con su responsabilidad familiar, que debería ser compartida con su pareja. En realidad, **el escaso desarrollo del 4º pilar del Estado del Bienestar es una de las mayores causas del bajo porcentaje de mujeres que se encuentran en el mercado de trabajo, uno de los más bajos de**

la UE-15 (en España es del 61%, por un 68,6% en el promedio de la UE-15, y un 80,2% en el caso de Suecia).

Ello es indicador del gran retraso social que tenemos. **El gasto público y la cantidad de personal en escuelas de infancia y en servicios de atención a la dependencia, y las tasas de cobertura de estos servicios, continúan estando por debajo del promedio de los países de la UE-15 y muy por debajo de Suecia** (en el caso de la tasa de escolarización de criaturas de 0 a 3 años, en España es del 36%, en Suecia del 47% y en Dinamarca del 55%; y en el caso de la tasa de cobertura de cuidados de larga duración para mayores de 64 años, esta es del 9,8 en España, del 15,7% en Noruega y del 16,2% en Suecia). Y como indiqué antes, el **aumento de gasto y empleo públicos necesarios para alcanzar el promedio de la UE-15 y de Suecia en cuidados de larga duración es muy marcado.**

Propuestas específicas para salir de la crisis: corregir el enorme déficit de gasto público social en España

Existe la necesidad de, **además de corregir el enorme déficit de gasto público que creó los déficits de recursos en las áreas sanitarias y sociales (repito, y que explica, en parte, la elevada mortalidad por coronavirus en España), ayudar a que estos servicios estimulen la economía.** Para ello, lo primero que se debería hacer es invertir en el sector social para llegar al promedio de la UE-15, lo cual, como ya hemos indicado, **supondría un aumento**

de alrededor de 49.300 millones de euros en todos los servicios públicos del Estado del Bienestar (80.500 millones para alcanzar la inversión sueca). En realidad, este aumento debería incluir la creación de algo más de tres millones de puestos de trabajo en las distintas áreas de los servicios públicos y en distintas formas de contratación. Ello implicaría un aumento muy notable del sector público (poco desarrollado en nuestro país), el cual debería ser priorizado en las inversiones para la reconstrucción social y económica del país.

Corregir el déficit a base de gasto privado no es ni eficiente ni equitativo, pues aumenta las desigualdades e ineficacia de los servicios públicos sociales

Es importante recalcar que la clásica división de servicios privados para las rentas superiores y de servicios públicos para las clases populares no es un sistema eficiente y eficaz, tal y como ha mostrado la pandemia. Lo que permitió a España salir de la pandemia fue el protagonismo del sector público, tanto en los servicios sanitarios como en los sociales. No es por casualidad que el mejor sistema educativo en Europa, por ejemplo, sea el finlandés, donde el banquero y el hijo del empleado de la banca utilizan la misma escuela pública. Y la experiencia de EEUU frente a la pandemia, abordada desde un sistema sanitario mayoritariamente privatizado, ha demostrado la enorme

ineficiencia del ámbito privado. El caso estadounidense ha sido un “desastre”, como señaló recientemente el gobernador del Estado de Nueva York, el más afectado por la pandemia. **Es una sanidad muy cara, con un grado de insatisfacción muy elevado y con unos indicadores de salud muy malos, con unos de los peores resultados en esperanza de vida y una de las mortalidades infantiles más altas de entre los países del Atlántico Norte. Los datos son ampliamente conocidos y convincentes.**

Las enormes ventajas del 4º pilar del bienestar

(Para una exposición detallada de esta sección, ver [El cuarto pilar del bienestar: una propuesta para cubrir las necesidades esenciales de cuidados, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género](#), escrito por investigadores del JHU-UPF Public Policy Center que dirijo -Vicenç Navarro, María Pazos, Pol Carrión, Cristina Castellanos, María Martínez, Ferran Muntané y Mercedes Sastre García-)

Varias son las razones para desarrollar tal derecho personal y universal. Una de ellas es ayudar a la **mujer, que está actualmente sobrecargada en sus responsabilidades familiares** (cuidado de las criaturas y de los jóvenes, estos últimos en casa hasta que tienen 29 años como promedio, de las parejas y de los ancianos, y además de su trabajo en el mercado laboral, con un 61% de las

mujeres españolas en situación de actividad). **Esta sobrecarga tiene dos costes importantes.** Primero, la **mujer española tiene tres veces más enfermedades derivadas del estrés que el hombre español.** Y la otra consecuencia es la **baja fecundidad de la mujer,** la segunda más baja del mundo (hecho derivado no sólo del estrés, sino del hecho de que tiene menos probabilidades de encontrar un trabajo estable, bien remunerado, que le permita vivir en una casa, bien sea de alquiler o de propiedad). **De ahí que dicha tasa sea de 1,26 hijos por mujer, cuando las encuestas señalan que, de media, los españoles desearían tener 2 hijos, cifra muy parecida a la deseada por el promedio de los ciudadanos a los dos lados del Atlántico Norte.**

Pero esta ayuda personal no debería ser para reforzar la dimensión de responsabilizar a la mujer del cuidado de la familia, sino para facilitar su integración en el mercado de trabajo, pues tal integración es una pieza clave para conseguir la homologación de sus derechos con los del hombre, lo cual requiere, además de estos derechos, la compartición y corresponsabilidad en las tareas domésticas, para facilitar la conciliación familiar de ambos cónyuges. **Las consecuencias económicas de mejora y ampliación de tales servicios son enormes.** Una es que la inversión en estos servicios implica no solo un gran aumento de la ocupación en tales servicios, sino que, como ya hemos indicado, **también facilitan**

la integración de la mujer en el mercado de trabajo, con lo cual cada nuevo puesto de trabajo crea indirectamente la integración de otras dos mujeres en dicho mercado.

Y esta integración es también un elemento esencial para **erradicar la pobreza de las mujeres y de las criaturas. España tiene una de las pobrezas infantiles más elevadas en la UE (del 28,8%, cuando en el conjunto de la UE-15 es del 22,5% y en Suecia del 20,6%). El profesor Sebastià Sarasa, de la UPF, ha mostrado cómo la estrategia más eficaz para erradicar esa pobreza infantil es la de integrar a la mujer en el mercado de trabajo a través del establecimiento de escuelas de infancia, algo mucho más eficaz que las transferencias públicas de tipo asistencial.**

Sus componentes: la urgencia de terminar con las desigualdades de acceso por clase social a las escuelas de infancia

Una característica de España es que, del total de gasto en la etapa de 0 a 3 años, el gasto público es solo ligeramente superior al privado (51% vs 49%), lo cual determina una desigualdad notable en tales servicios por clase social, siendo las criaturas de las familias de rentas bajas las que tienen menor tasa de escolarización, viéndose reducidas así sus

oportunidades, lo que dificulta más la integración de la mujer de bajos ingresos en el mercado de trabajo. **La subfinanciación y no gratuidad del sistema de educación infantil español provoca que exista una necesidad no cubierta de acceso a los servicios de atención a la primera infancia para muchas familias.** Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), **“al 30,9% de las familias les hubiera gustado poder utilizar los servicios de centros de cuidado infantil o utilizarlos en mayor medida”, y más de la mitad de éstas (el 52,4%) afirmaron que no lo hicieron porque “no podían permitírselo”.**

El hecho de que la falta de recursos determine sobremanera la asistencia a estos centros provoca, en consecuencia, **desigualdades de clase social, puesto que las familias con más recursos tienen una mayor capacidad para hacer frente al gasto derivado de los servicios de cuidado infantiles.** Concretamente, los niños y niñas de hogares de “ingresos elevados” recibieron este tipo de cuidados en su mayoría (60,5%), mientras que la cobertura en el caso de niños y niñas de hogares con “ingresos bajos” fue muy minoritaria (25,3%). **El hecho de que estemos tan lejos del valor potencial tiene un impacto directo no sólo sobre los niños y niñas, sino también sobre el bienestar y la calidad de vida de las familias. Las que no pueden acceder a estos servicios se ven forzadas a sacrificar**

la carrera profesional de uno o ambos progenitores (sobre todo de las madres).

La urgente necesidad de corresponsabilizar las tareas familiares

Es evidente que existe un déficit en la oferta de servicios de cuidado por parte del Estado del Bienestar español. El sector público deja desatendidos a miles de hogares, con las consecuencias que ello tiene sobre el desarrollo de los más pequeños y sobre el bienestar y calidad de vida de las familias. Sin embargo, no debemos perder de vista otro de los déficits del sistema de cuidados español: **la corresponsabilización de los hombres. Sin un reparto igualitario de los trabajos reproductivos y, en este caso, de las tareas de cuidado de los más pequeños, es imposible conseguir una sociedad verdaderamente igualitaria.** En el documento citado anteriormente se detallan los cambios que deberían realizarse con los permisos parentales. **Valga subrayar que es necesario también establecer el derecho del hombre a cuidar de su familia mediante la reducción de la jornada laboral de 40 a 35 horas en 5 días, reduciendo la sobrecarga de los trabajadores (la mayoría de los cuales son hombres), que son los que trabajan más horas al día en la UE-15. En España, de media, los trabajadores dedican 37,7 horas semanales a su ocupación**

principal, mientras que la media de la UE-15 es de 36,3 horas semanales.

La escasa sensibilidad del Estado hacia las personas con dependencia (incluyendo las personas de la avanzada tercera edad)

En el caso de los servicios para atender a las personas que por motivos de **enfermedad crónica o discapacidad física y/o mental no son autónomas, España inició su despliegue en 2006, mucho más tarde que la mayoría de los países más desarrollados de la UE y de la OCDE.** Esto, junto con el contexto de estallido de la crisis económica y de recortes en el gasto público social, ha conllevado que el Estado español se sitúe a la **cola de los países europeos más desarrollados en cuanto a despliegue y robustez de estos servicios.**

Así, según el informe *Health at a Glance*, publicado por la OCDE en 2019, España gasta solamente el **0,7% del PIB en cuidados de larga duración sanitarios y sociales, lo que la sitúa a la cola de la OCDE en cuanto a gasto en este ámbito.** El promedio de la OCDE era del **1,7%** (más de dos veces más que en el caso español), y en el caso de Suecia (paradigma del modelo nórdico de Estado del Bienestar) del **3,2%** (cuatro veces más que en el caso español). Sin embargo, el gasto público no es el único dato que

demuestra este retraso. En consonancia con el menor gasto España se encuentra también a la cola de los países de la OCDE en cuanto a porcentaje de **personas mayores de 64 años que reciben cuidados de larga duración, con un 9,8%, mientras el promedio de la OCDE es del 10,8% y, en el caso de Suecia, casi el doble con un 16,2%.**

Por otro lado, las carencias del sistema de dependencia español también quedan reflejadas en el escaso **número de trabajadores que desempeñan labores en este ámbito. Así, en España por cada 100 personas mayores de 64 años hay 4,5 trabajadores del sector de cuidados de larga duración, una cifra que, de nuevo, nos sitúa a la cola de la OCDE. El promedio para la OCDE es de 4,9 trabajadores y en el caso de Suecia es de 12,4 (tres veces más que en el caso español).** Finalmente, España también se sitúa por debajo del promedio de **la OCDE en cuanto a camas destinadas a cuidados de larga duración (en instituciones y hospitales) por cada 1.000 personas mayores de 64 años.** En nuestro país este número asciende a **46,8, menos camas que en el promedio de la OCDE (47,2) y algo más de 24 camas por debajo de Suecia, donde hay 71,5 camas por cada 1.000 personas mayores de 64 años.** Las notables insuficiencias explican las enormes **listas de espera (más de 270.000 personas en 2016, el 30% de la población dependiente reconocida).** En realidad, el número sería

mucho mayor si hubiera un sistema de registro más elaborado, calculándose que hay 1,9 millones de mayores de 65 años con algún grado de dependencia. **Ello implica que el porcentaje de personas que necesitan tales servicios y lo reciben es menor (52%) que el que indican los datos oficiales (70%).**

Otra característica es que la atención a la dependencia está demasiado orientada hacia la **prestación económica a las familias y poco a la provisión de servicios. El 36% de las prestaciones del sistema son ayudas para cuidados en el entorno familiar, por un 24% de servicios de ayuda domiciliaria y solo un 18% de atención residencial.** Estas prioridades **cronifican la carga familiar en la mujer, reproduciendo su rol tradicional y obstaculizando su integración en el mercado de trabajo.** De ahí que este modelo diste mucho de ser el modelo encaminado a facilitar dicha integración. Es más, las desgravaciones fiscales que la familia recibe como parte de sus cuidados también cronifica este rol, **desgravaciones fiscales, por cierto, que favorecen a las familias más pudientes a costa de las de menores ingresos.**

Todo ello hace que el modelo de dependencia diste mucho del **modelo escandinavo**, que se caracteriza por: 1) **carácter público**, 2) **universalidad**, 3) **cobertura suficiente**, 4) **prestación directa**

de servicios, 5) empleo público, 6) gratuidad del cuidado, 7) equidad de género, y 8) equidad interterritorial.

Recomendaciones: resumen de propuestas

Es urgente y prioritario que se haga un 1) **restablecimiento** de los **servicios esenciales de cuidado** (escuelas de infancia y servicios de atención a la dependencia) **anulados o reducidos por la pandemia**; 2) **universalización** del derecho a la atención suficiente y de calidad de los **servicios públicos que componen el 4º pilar del Estado del Bienestar**; 3) **reversión gradual de los contratos con empresas privadas**; 4) **aumento** de las **prestaciones de los servicios públicos** y 5) **desaparición progresiva de las prestaciones y desgravaciones relacionadas con el cuidado**. El **compromiso para la implementación total debería ser de 5 años para educación/atención a la infancia y de 10 años para la atención a la dependencia**.

Dentro del establecimiento de un *nuevo sistema de atención/educación infantil (0-3 años)* se deberían aprobar permisos igualitarios para cubrir los 8 primeros meses (escolarización temprana o servicio a domicilio en caso de familias monoparentales). Para ello se necesita una reforma del RD 6/2019 para permitir que, pasadas las dos primeras semanas, los progenitores se tomen el permiso a tiempo **completo** y

sucesivamente. Se requiere también, el reconocimiento del derecho universal a una plaza escolar 1) en una escuela pública de **calidad**, 2) con horarios **suficientes**, 3) **próxima** al domicilio; y que haga **innecesarios los cheques guardería**.

También se requiere un *nuevo sistema de atención a la dependencia*, mediante el establecimiento de un derecho universal a la atención suficiente por parte de los servicios públicos a base de: 1) **aumentar la cobertura** para atender a toda la demanda sin contar con el cuidado familiar, 2) con **solo servicios públicos de gestión y provisión pública: revirtiendo privatizaciones**, y 3) **eliminar prestaciones y desgravaciones** relacionadas con la dependencia.

El incremento neto (incremento del coste menos retornos directos) del nuevo sistema de atención/educación a la infancia sería de 1.521 millones de euros, cantidad que se debería asumir durante el periodo de implementación de 5 años. Por otro lado, en los servicios de atención a la dependencia la propuesta permitiría atender a 800.000 nuevas personas. El incremento neto total del gasto público sería de 4.821 millones de euros, cantidad también asumible en el periodo de implementación de 10 años.

Creación de empleo a través del 4º pilar del Estado del Bienestar. La inversión de gasto público que generará más empleo en España

En el año 2017 solamente un **13,3%** de la población activa española trabajaba en el sector público, lo que representaba unos 3 millones de puestos de trabajo. **Se trata de una cifra escasa si la comparamos con la situación de Suecia.** En aquel país, en 2017 el empleo público alcanzaba al **27,3%** de la población activa, **más del doble que en el caso español.** La magnitud del impacto que podría tener en el mercado laboral español transitar hacia un escenario similar al sueco se hace patente con la siguiente cifra. **Tener en España un porcentaje similar de la población activa trabajando en el sector público que en Suecia significaría la creación de nada más y nada menos que de 3,2 millones de puestos de trabajo, hasta alcanzar (con cifras de 2017) los 6,2 millones de trabajadores en el ámbito público.**

La expansión y consolidación de los servicios asociados al 4º pilar del Estado del Bienestar tendría un papel fundamental en esa potencial creación de ocupación. La **implantación total de un nuevo sistema de educación/atención infantil de primer ciclo** gratuito y universal conllevaría la creación de unos **143.000 nuevos puestos de trabajo.** **Estos nuevos puestos de trabajo irían asociados a efectos positivos para la economía como el incremento de los salarios percibidos por las familias,**

de los ingresos a la Seguridad Social y de la recaudación por IRPF.

Sumado a la cifra anterior, al **ámbito de la atención a la dependencia** se podrían crear **más de 508.000 empleos públicos a tiempo completo**, los cuales corresponderían a las categorías de **(1) atención directa y cuidados, (2) funciones de hostelería en centros de día o residencias, (3) mantenimiento de centros y servicios, (4) personal especializado (médicos, trabajadores sociales...), y (5) administración y gestión de los centros.**

Además de estos empleos directos, se generarían previsiblemente otros efectos sobre el empleo debidos a las siguientes razones: (i) necesidad de ampliar y adaptar la red de infraestructuras necesarias para suministrar los servicios de forma adecuada y suficiente, **(ii) empleos indirectos en empresas proveedoras de productos relacionados con la actividad hotelera o de actividades relacionadas** con la rehabilitación y cuidados de salud, **(iii) afloración de empleo sumergido, al convertirse empleo privado precario en empleo público.** También hay que señalar el efecto que un aumento en la renta disponible de determinadas familias tendría sobre el **consumo y la demanda de empleo. Por otra parte, el hecho de que la mayor parte de las cuidadoras sean mujeres, y su posible incorporación al mercado**

laboral, independientemente de su cuantificación, tiene una importancia fundamental en la configuración de un sistema de cuidados que contribuya positivamente a la igualdad entre hombres y mujeres.

En total, **651.000 nuevos empleos públicos directos**, no contaminantes y no deslocalizables, además de los **empleos indirectos** y del número de **mujeres que**, tras ser liberadas de sus cargas familiares, **podrían incorporarse al mercado laboral (450.000 en base a estimaciones de acuerdo con varias experiencias internacionales)**, sumando un total de **1,1 millones de puestos de trabajo.**

Los derechos sociales deberían ser fundamentales y no solo principios rectores de la política económica

Permítanme una última observación que va dirigida directamente a Uds., los legisladores del Estado español, basada en la experiencia acumulada en todos estos 42 años de democracia. Estarán de acuerdo en que hará falta una presión popular para que las autoridades **y, muy en particular, Uds., legisladores, establezcan y desplieguen tales derechos, ya reconocidos en la Constitución española, una gran conquista de nuestra democracia.** Sin embargo, la **Constitución** diferencia entre derechos **fundamentales** y otros que no lo son, entre ellos los que se definen

como los **principios rectores de la política social y económica**. Derechos fundamentales son derechos como el **derecho a la vida** – artículo 15 –, que empodera a la persona a llevar a los tribunales a personas o instituciones que amenazan tal derecho. **Este empoderamiento no existe, sin embargo, en los derechos sociales, tales como el acceso a la sanidad y a los servicios sociales, que precisamente garantizan la calidad de vida de la ciudadanía y que se reconocen como principios rectores de la política social y económica. Por mera coherencia, los derechos sociales deberían considerarse derechos fundamentales, pues aseguran y garantizan el derecho a la vida (evitando la muerte o protegiendo la calidad de vida y bienestar de la ciudadanía), tal y como se ha mostrado durante la pandemia. Sería deseable que ello ocurriera en un futuro próximo. La calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía dependen de ello. Señorías, ustedes pueden contribuir en gran medida a que esto sea una realidad en nuestro país. Ojalá sea así. Gracias por su atención.**

