

**EL CUARTO PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR:
UNA PROPUESTA PARA CUBRIR NECESIDADES ESENCIALES DE
CUIDADO, CREAR EMPLEO Y AVANZAR HACIA LA IGUALDAD
DE GÉNERO**

***Presentación al Grupo de trabajo de Políticas Sociales y
Sistemas de Cuidados de la Comisión para la Reconstrucción
Social y Económica***

15 de junio de 2020

Vicenç Navarro

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

Señorías,

Lamento que por causas ajenas a mi voluntad no haya podido desplazarme a Madrid para presentarles las propuestas sobre cómo salir de la crisis en la que estamos inmersos y que va a acentuarse todavía más. Es y será la mayor crisis económica que hayamos visto en el período democrático, y responde a causas nunca vistas en crisis anteriores: una pandemia. Es una crisis rápida, profunda y que afecta a todas las dimensiones del ser y de la actividad humana. En esta breve presentación intentaré mostrarles el resultado de varios estudios que hemos realizado en el JHU-UPF Public Policy Center, que yo dirijo en Barcelona, patrocinado por la Johns Hopkins University y por la Universitat Pompeu Fabra, y que han analizado cómo los Estados a los dos lados del Atlántico Norte (América del Norte y Europa Occidental) están respondiendo a la crisis económica y social generada por la pandemia, estudiando qué políticas públicas están aplicando para salir de ella, derivando de ello las recomendaciones que les hacemos para reconstruir la economía y recuperar el bienestar de la ciudadanía, unas recomendaciones que expandimos en un documento adjunto (ver "Una

propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género”) que recoge las medidas específicas para alcanzar estos objetivos. El documento ha sido realizado por profesores e investigadores del JHU-UPF Public Policy Center, bajo la dirección de la profesora María Pazos y un servidor, y con la participación de Pol Carrión, Cristina Castellanos, Rosa M. Martínez, Ferran Muntané y Mercedes Sastre.

Medidas que gozan del gran consenso para la reconstrucción: el aumento del gasto público

Les podrá sorprender, Señorías, que haya unos amplios consensos en muchas de las medidas que los gobiernos están tomando. Y el más importante es que se considera que la mejor manera de salir de esta crisis es mediante un gran aumento del gasto público. Tanto el presidente Trump en EEUU como los gobiernos de las principales economías de la Europa Occidental (Alemania, Francia e Italia) **están de acuerdo en que el incremento del gasto e inversión públicos es esencial para que la economía se recupere. Estamos hablando de unas tasas de crecimiento del gasto público sin precedentes, a partir de elevados niveles de gasto público.**

Y aquí, Señorías, hay que hacer la primera observación que tiene implicaciones en cuanto a qué debería hacerse en nuestro país. Y esta observación es que **España tiene un gasto público mucho más bajo que la mayoría de los países de la UE-15**, que es el grupo de países de mayor desarrollo de la UE. Ello quiere decir que **para tener un impacto estimulador semejante al que proyectan tales países, el aumento de tal gasto en España debería ser, en términos proporcionales, incluso mayor que el que ellos están realizando** (ver cuadro 1).

Áreas de desacuerdo en la respuesta a la pandemia. La importancia del sector social en la recuperación económica

La diferencia entre estos países no es, pues, sobre el crecimiento y protagonismo del gasto público para incentivar y salvar la economía, **sino sobre el destino de dicho aumento**. Y las diferencias radican en las prioridades que tales países dan en el gasto e inversión públicos. Estas diferencias van más allá de la división izquierda / derecha que frecuentemente ha diferenciado las políticas públicas de cada país. La diferenciación es más amplia y se podría catalogar entre **aquellos gobiernos (como el del Estado federal de EEUU) que priorizan ayudar a las grandes empresas transnacionales como motor de la recuperación global, y aquellos gobiernos (desde el gobierno alemán presidido por la canciller Merkel hasta una gran mayoría de los gobiernos de países del norte y centro de la UE) que priorizan la inversión en la economía social** (y, muy en particular, en algunos servicios como sanidad y salud públicas, los servicios sociales y los servicios de atención a las personas vulnerables - criaturas y ancianos, y personas con algún tipo de discapacidad- que han sido especialmente golpeados por la pandemia), **así como en el estímulo de la demanda doméstica, dando también gran prioridad a la creación de empleo (incluyendo el empleo público) y a la ayuda a las pequeñas y medianas empresas**. El primer objetivo de tal tipo de inversión es reforzar una **estructura que, como ha mostrado la pandemia, es fundamental para asegurar la seguridad, la salud y la supervivencia de la ciudadanía (tanto trabajadores como consumidores), sin cuya vida y bienestar la economía no funciona**. Pero a este objetivo se añade, como he indicado, el de la **creación de empleo, ayudando a**

la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, en situaciones estables y comparables a otros sectores económicos del país, punto muy importante de nuestras recomendaciones.

La situación en nuestro país: el déficit de gasto y empleo público y, muy en especial, del gasto y empleo público social

Y en esta alternativa, **España muestra también un gran retraso de gasto público social**. Este gasto, así como el empleo público social, continúan estando por debajo del promedio de la UE-15 y muy por debajo de Suecia, el país con mayor desarrollo de su Estado del Bienestar, y, según el último informe sobre competitividad elaborado por el Foro de Davos, es uno de los países con más eficiencia económica hoy en el mundo desarrollado (los cuadros 2, 3, 4, 5, 6 y 7 muestran el gran déficit de gasto público social en **sanidad**, en **protección social**, en **educación**, en **vivienda**, y en **cuidados de larga duración**, en relación con el promedio de la UE-15 y con 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, con una elevada tasa de temporalidad.**

Y también se debe 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**

al acceso a la educación y el derecho de 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 España, equivale a decir mujer, y de ahí que esté tan olvidada por el Estado. Estos servicios son 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**, compaginando 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 (ver cuadro 10).**

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 sus tasas de cobertura, continúan estando por debajo del promedio de los países de la UE-15 y muy por debajo de Suecia (cuadros 8 y 9).** Verán ustedes que aquí, de nuevo, **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 (cuadro 7).**

Propuestas específicas: corregir el enorme déficit de gasto público social en España

Permítanme ahora resumir lo dicho y remarcar la urgente necesidad de tomar medidas que, **además de corregir el déficit**

enorme de gasto público que creó los déficits de recursos en las áreas sanitarias y sociales (y que explica, en parte, la elevada mortalidad por coronavirus en España), ayuden a estimular la economía. Y la primera es la de invertir en el sector social para llegar al promedio de la UE-15, lo cual **supondría un aumento de alrededor de 49.000 millones de euros en todos los servicios público del Estado del Bienestar (80.000 millones para alcanzar la inversión sueca).** Este gasto debería incluir la creación de **algo más de tres millones de puestos de trabajo en las distintas áreas de los servicios públicos.** Ello implicaría un aumento muy notable del sector público (poco desarrollado en nuestro país), el cual debería ser el priorizado en las inversiones.

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

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 americano 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.

La urgente necesidad de crear el 4º pilar del Estado del Bienestar

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 los infantes 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 60% 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 fertilidad 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 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 estos servicios, sino que **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 (ver cuadro 11).** El profesor **Sebastià Sarasa, de la UPF, ha mostrado cómo la estrategia más eficaz para erradicar la pobreza infantil es la de integrar a la mujer en el mercado de trabajo a través del establecimiento de escuelas de infancia, y no a través de las transferencias públicas de tipo asistencial.**

Sus componentes: escuelas de infancia

La tasa de escolarización en España es del 36% de los niños de 0 a 3 años, **que es inferior a la que existe en los países escandinavos** (Suecia y Dinamarca, 47% y 55% respectivamente, tal y como se muestra en el cuadro 8) **y del centro de Europa** – Alemania, 37%, y Países Bajos, 59%- . **Y el gasto por alumno es de los más bajos en la UE-15,** siendo en Suecia, Finlandia y Dinamarca de los más altos en la UE-15.

Pero 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 a 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. Otra **característica es su gran variabilidad** por CCAA, siendo el País Vasco el que tiene mayor cobertura (51%) y Canarias, la menor (21%). Algo que confirma esta situación es que el **gasto varía notablemente, pasando de ser 460 euros mensuales en la Comunidad Valenciana a 200 en Melilla para las criaturas menores de un año**. Este diferencial aparece también en el coste **por tipo de escuela, que es de 970 euros por criatura, en la pública, versus 2.143 euros en la privada**.

Existe, **por lo tanto, un notable déficit de gasto público en el sistema educativo de primera infancia**. En 2017, se destinaban entre 2.459 y 2.533 millones de euros, es decir, entre 5.532 y 5.698 euros por criatura (un 0,23% del PIB). Este gasto está por debajo del de países como Finlandia (0,24% o 0,38% del PIB según la fuente) o el de Suecia (0,49% o 0,58% del PIB según la fuente).

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%). Entre las últimas familias, el 35% tuvo necesidad de utilizar los centros de cuidado infantil o de hacerlo en mayor medida, y no lo hizo. **Y de éstas, el 63,6% no pudo por falta de recursos económicos**. Entre los hogares de “ingresos elevados”, las necesidades de cuidados infantiles no cubiertas descienden hasta el 20,3%, y las razones económicas fueron del 19,7%, es decir, un tercio respecto los hogares de “ingresos bajos”.

Además de la desigualdad en el acceso por clase social, estas necesidades de cuidados no cubiertas ponen de manifiesto un importante déficit de nuestro Estado del Bienestar. Estas cifras se alejan de lo que se considera la tasa de cobertura “óptima”, que sería de la totalidad de niños y niñas a partir del momento en que se terminan los permisos parentales remunerados para los progenitores. **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).**

Permisos parentales

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.** Vean en el documento adjunto los cambios que deberían realizarse con los permisos parentales. Valga subrayar que es necesario también establecer el **derecho del hombre de 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 (Cuadro 12).

Servicios de atención a la dependencia

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% (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% (Cuadro 9).**

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 1,2 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: propuestas

Es urgente y prioritario que se haga un **RESTABLECIMIENTO** de los **servicios esenciales de cuidado** (escuelas de infancia y servicios de atención a la dependencia) **anulados o reducidos por la pandemia**. Una **UNIVERSALIZACIÓN** del derecho a la atención suficiente y de calidad de los **servicios públicos que componen el 4º pilar del Estado del Bienestar**. Una **REVERSIÓN gradual de los contratos con empresas privadas**. Un **AUMENTO** de las **prestaciones de los servicios públicos** y **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 hagan **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.

Resultados que se obtendrían en la EDUCACIÓN/ATENCIÓN INFANTIL 0-3

La propuesta crearía **454.411** nuevas plazas en escuelas de infancia, y emplearía directamente a **143.074** personas.

El incremento del coste sería de 4.361,5 millones de euros, cantidad a la que **deben restarse** 1) los **retornos directos** (impuestos y cotizaciones.- 40%): **1.745 millones**; y 2) el gasto público actual no servicios públicos (**cheques guardería**): **1.096 millones**. **El incremento neto (incremento del coste menos retornos directos) sería de: 1.521 millones de euros**, cantidad que se debería asumir durante el periodo de implementación de **5 años**.

Resultados que se obtendrían en el NUEVO SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La propuesta atendería **800.000** nuevas personas, generando **508.000** nuevos empleos públicos a tiempo completo.

El incremento del gasto público sería de 11.680 millones euros, cantidad a la que deben restarse 1) los retornos directos (IRPF y cotizaciones): 4.719 millones; y 2) los gastos fiscales a eliminar: 2.140 millones. 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. 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. Según el documento adjunto elaborado desde el JHU-UPF Public Policy Center, coordinado por María Pazos y por mí mismo como director del centro, indica que solo con la implantación total de un nuevo sistema de educación/atención infantil de primer ciclo gratuito y universal

conllevaría la creación, como ya hemos indicado, 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)**.

Coste de establecimiento del 4º pilar del Estado del Bienestar

El coste total conllevaría un incremento total del gasto público de 16.000 millones de euros, de los cuales se deberían descontar los retornos directos y eliminación transferencias educación infantil y gastos fiscales dependencia, lo que significaría un **incremento neto del gasto público de 6.342 millones en 10 años**.

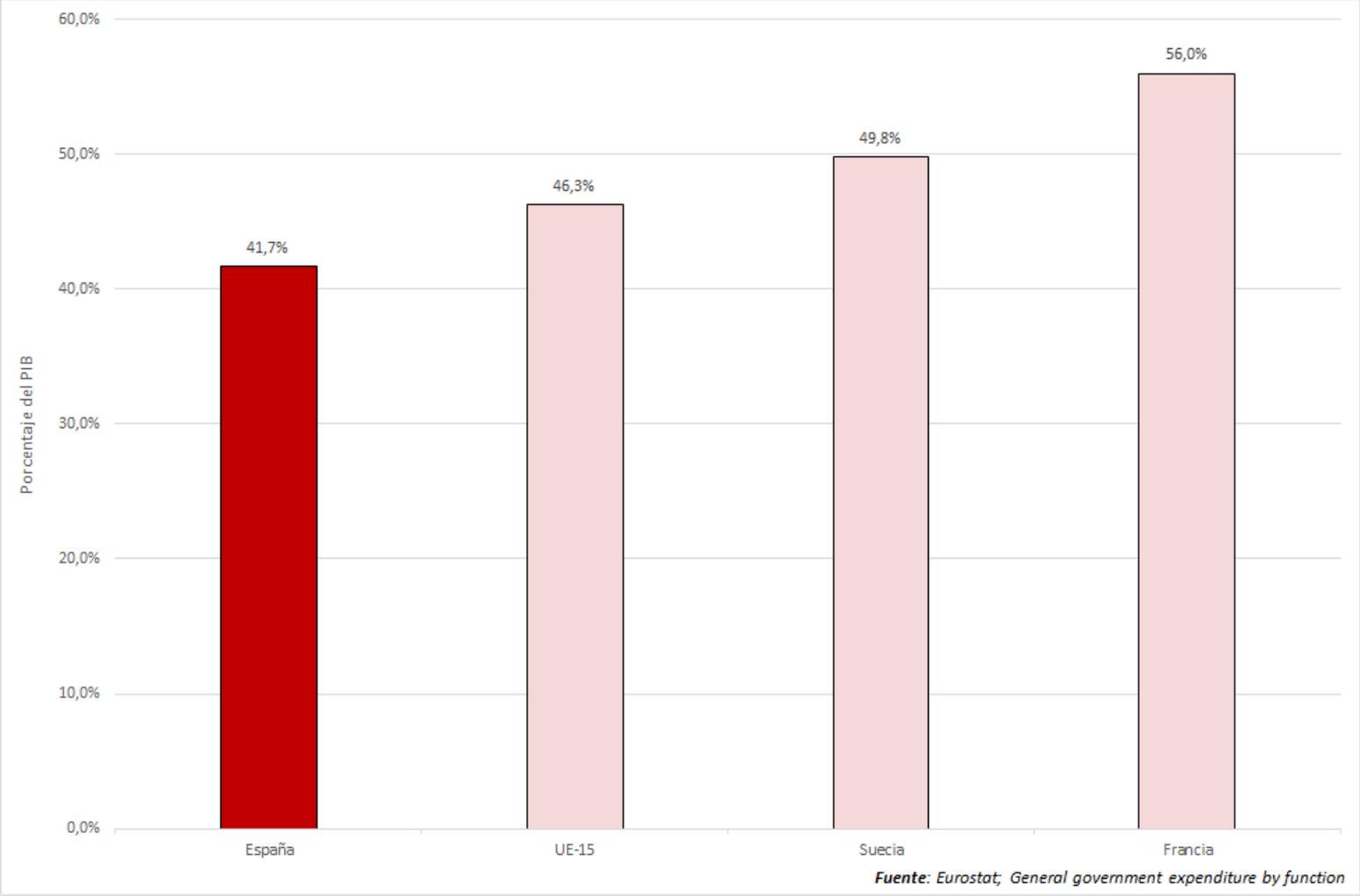
CAMBIOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA TRANSICIÓN AL 4º PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR

El despliegue de este derecho se necesita en España porque **no hay un derecho universal real para las criaturas de 0-3 años** a tener acceso a una plaza pública que atienda sus necesidades educativas y de cuidados, así como las necesidades de las familias, incluyendo la flexibilidad para adaptarse a las necesidades de dichas familias. Hay que establecerlo. **Ni tampoco hay un derecho de acceso a los servicios públicos de atención a la dependencia**, al no haber suficientes plazas en servicios del ámbito público que atiendan estas necesidades. **De ahí que se requieran unos derechos que deben ser individuales y que afectan a todo tipo de familia**.

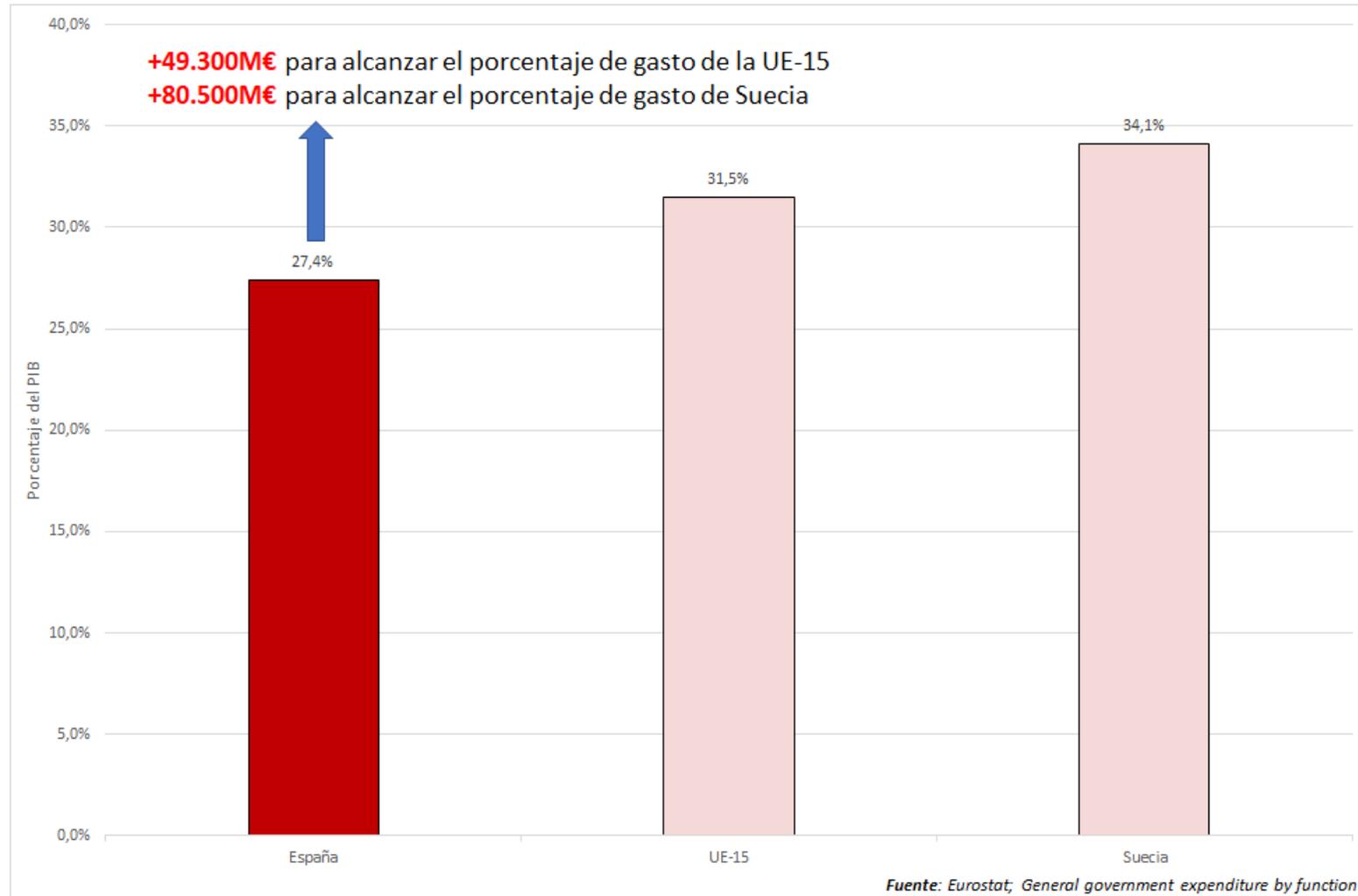
LOS DERECHOS SOCIALES DEBERÍAN SER FUNDAMENTALES Y NO SOLO PRINCIPIOS RECTORES DE LA POLÍTICA ECONÓMICA

Es, pues, importante y urgente que se ejerza una presión popular para que las autoridades establezcan y desplieguen tales derechos, basándose, ya ahora, en su reconocimiento como derechos 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 **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.**

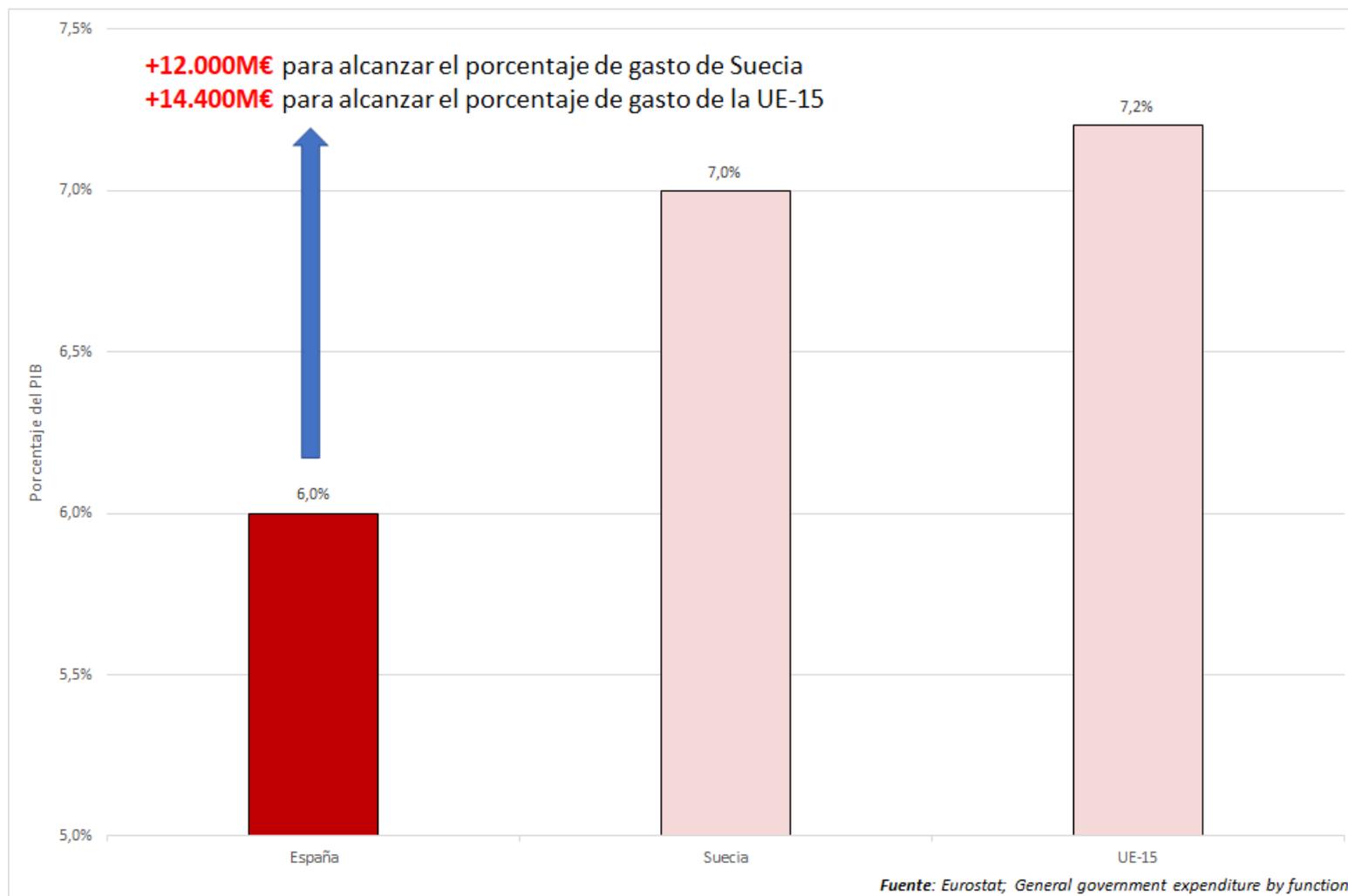
Cuadro 1. Gasto público (2018)



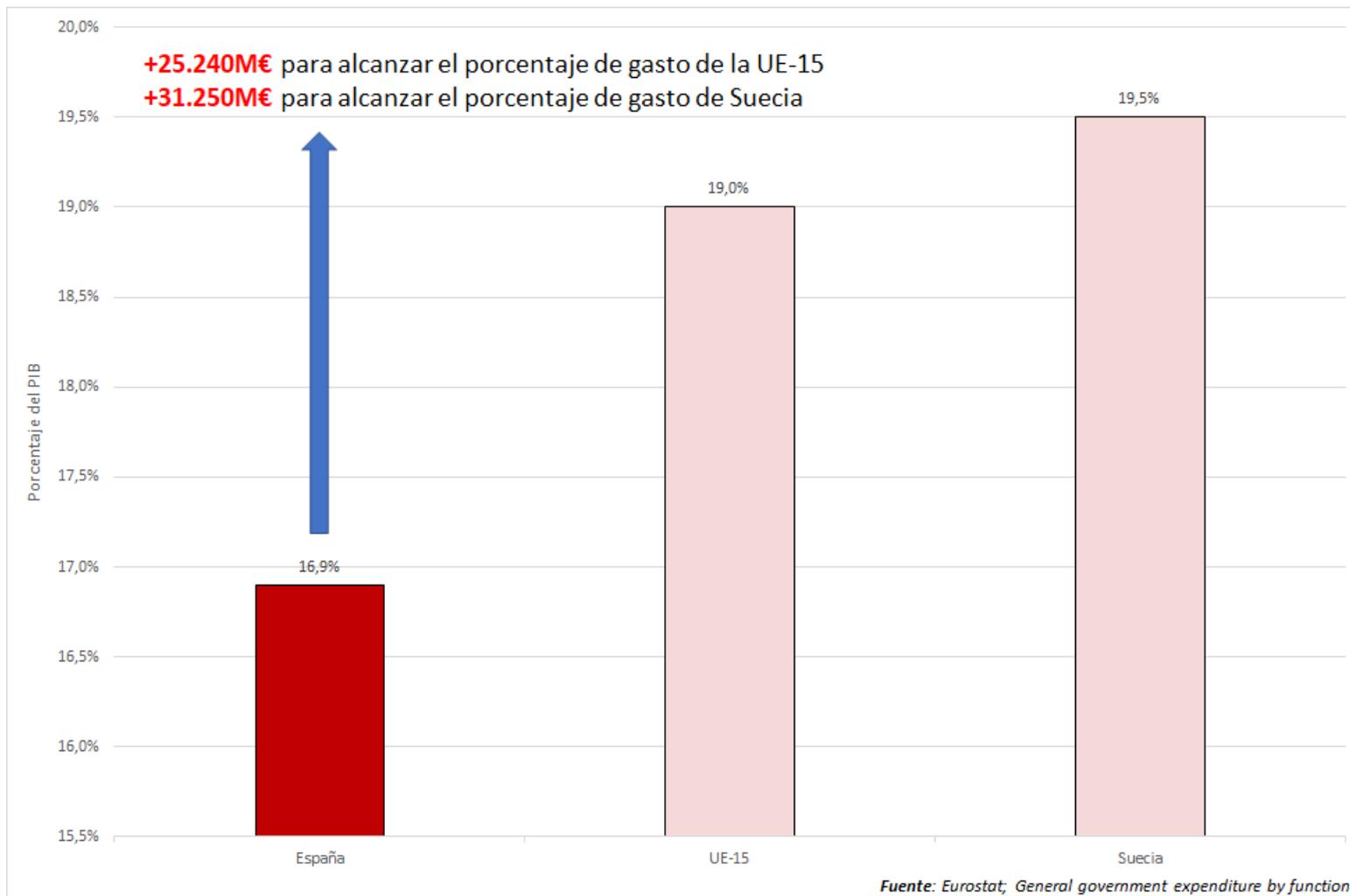
Cuadro 2. Gasto público social (2018)



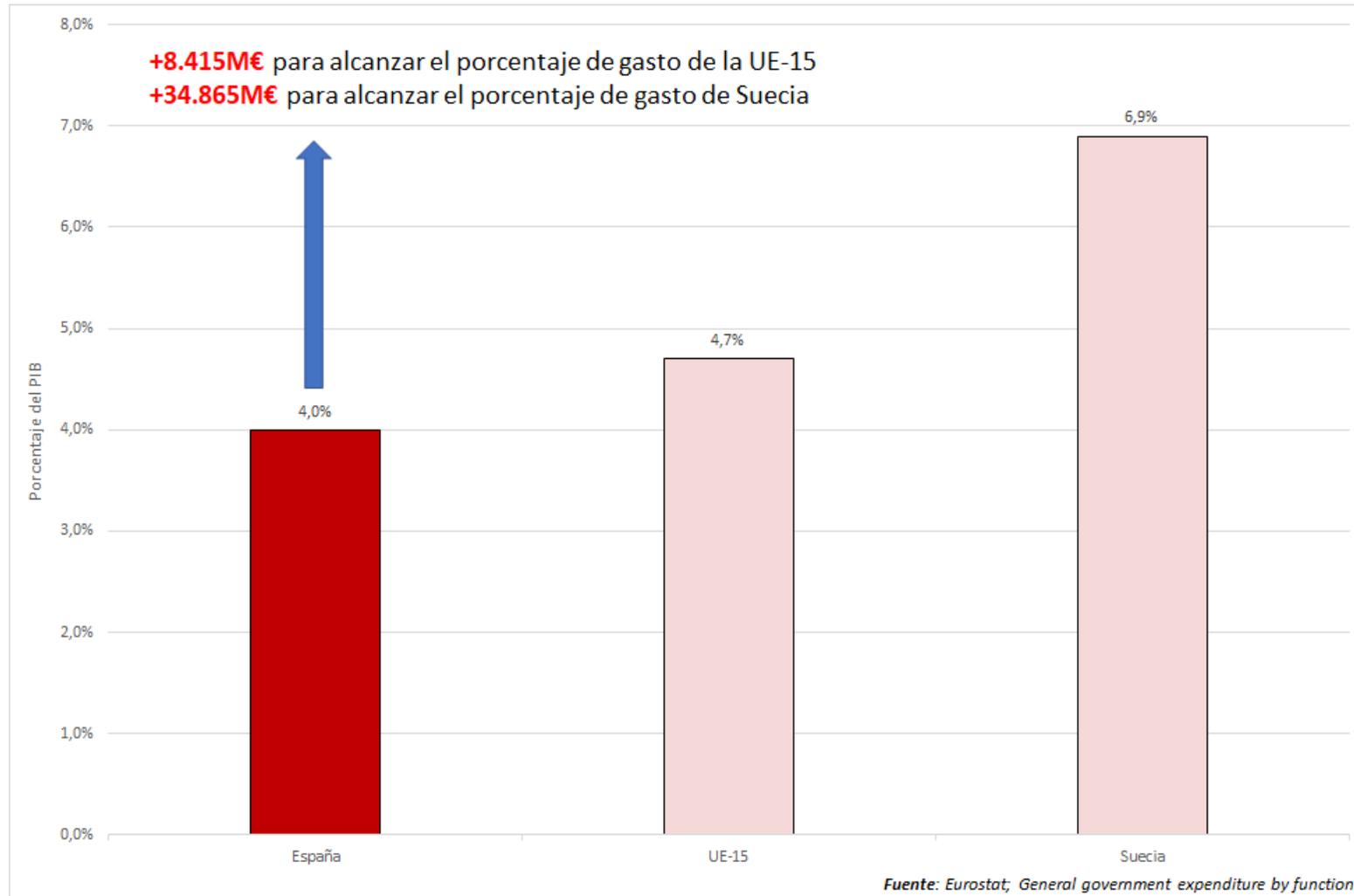
Cuadro 3. Gasto público en sanidad (2018)



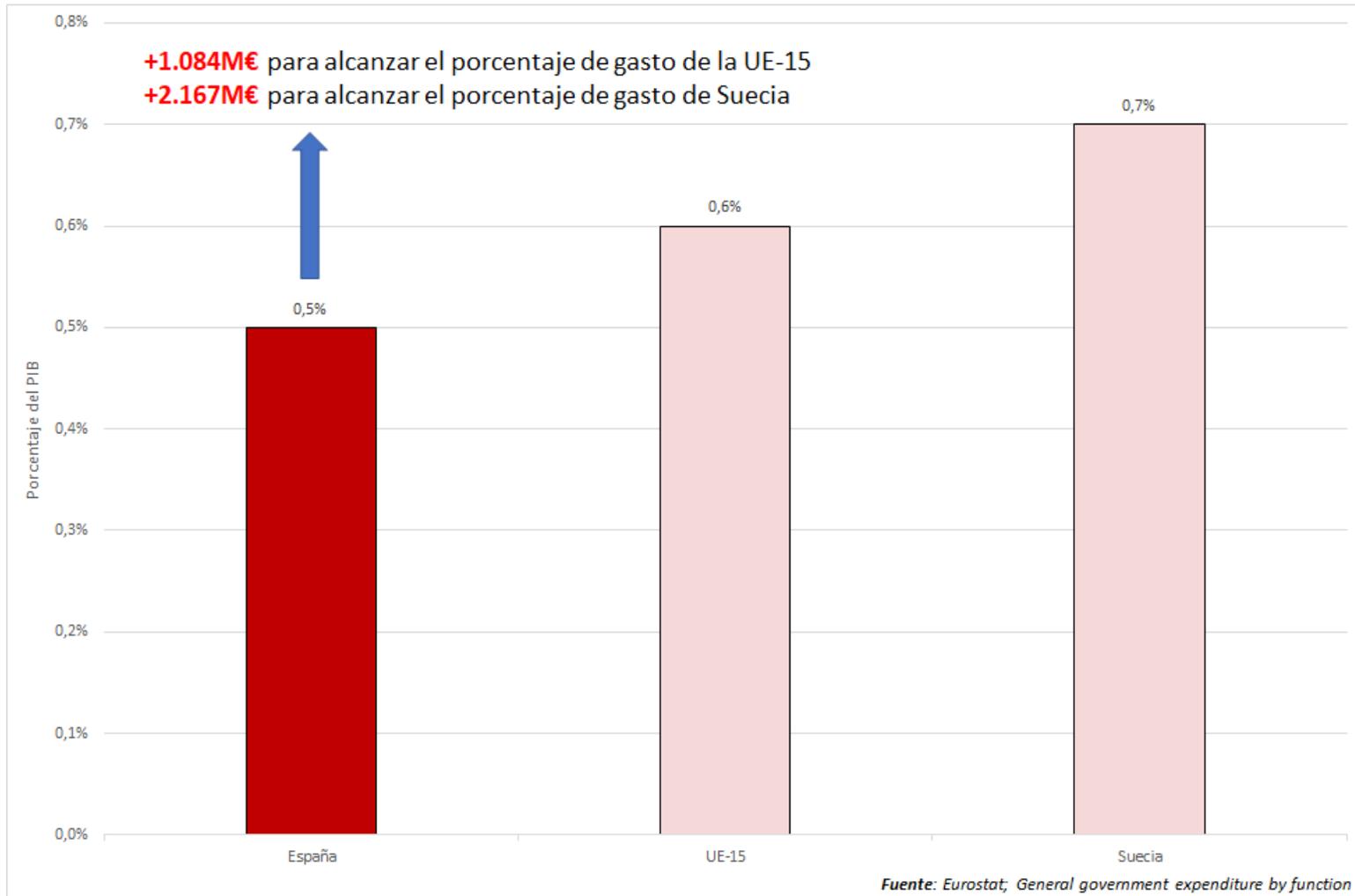
Cuadro 4. Gasto público en protección social (2018)



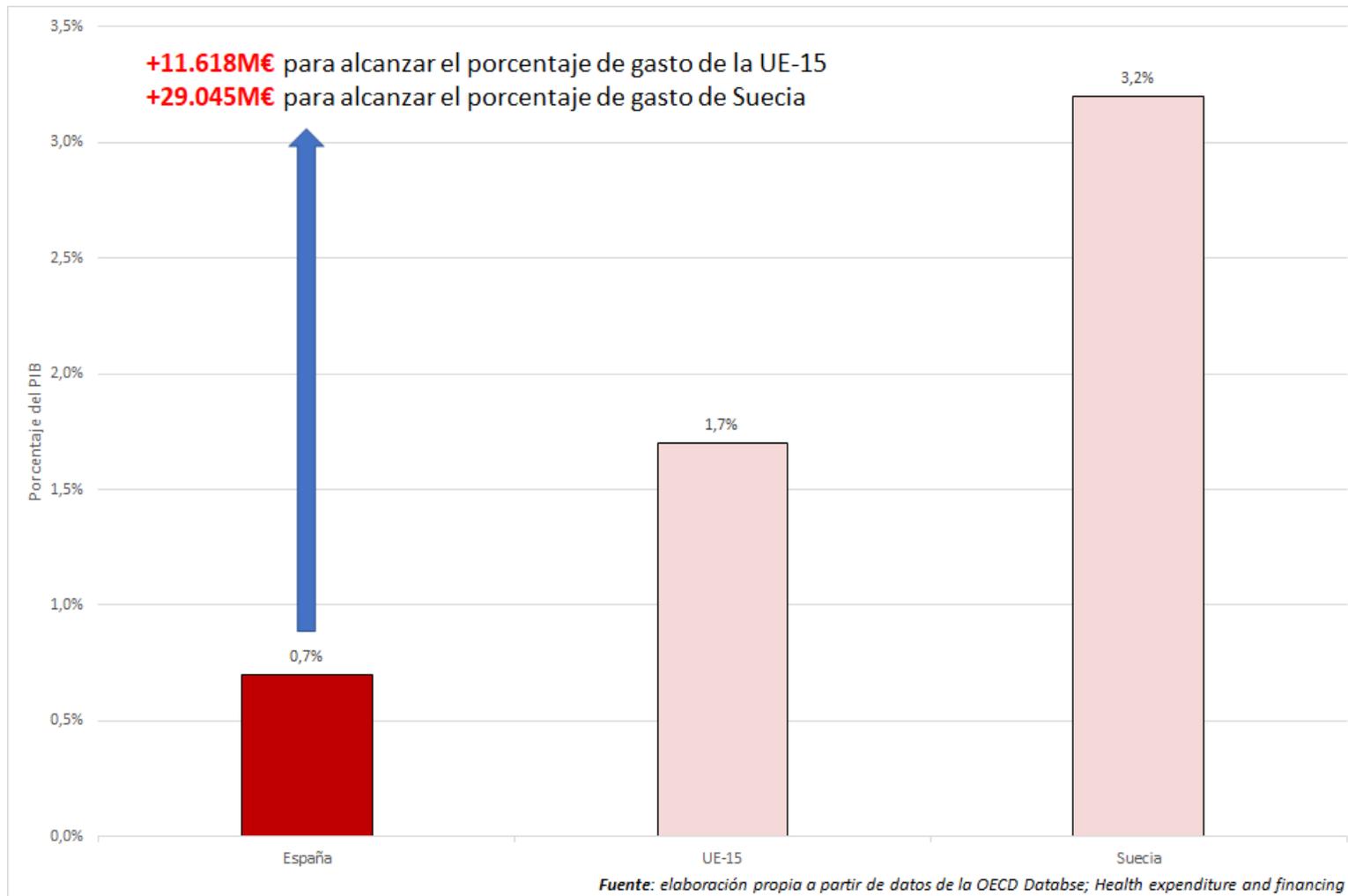
Cuadro 5. Gasto público en educación (2018)



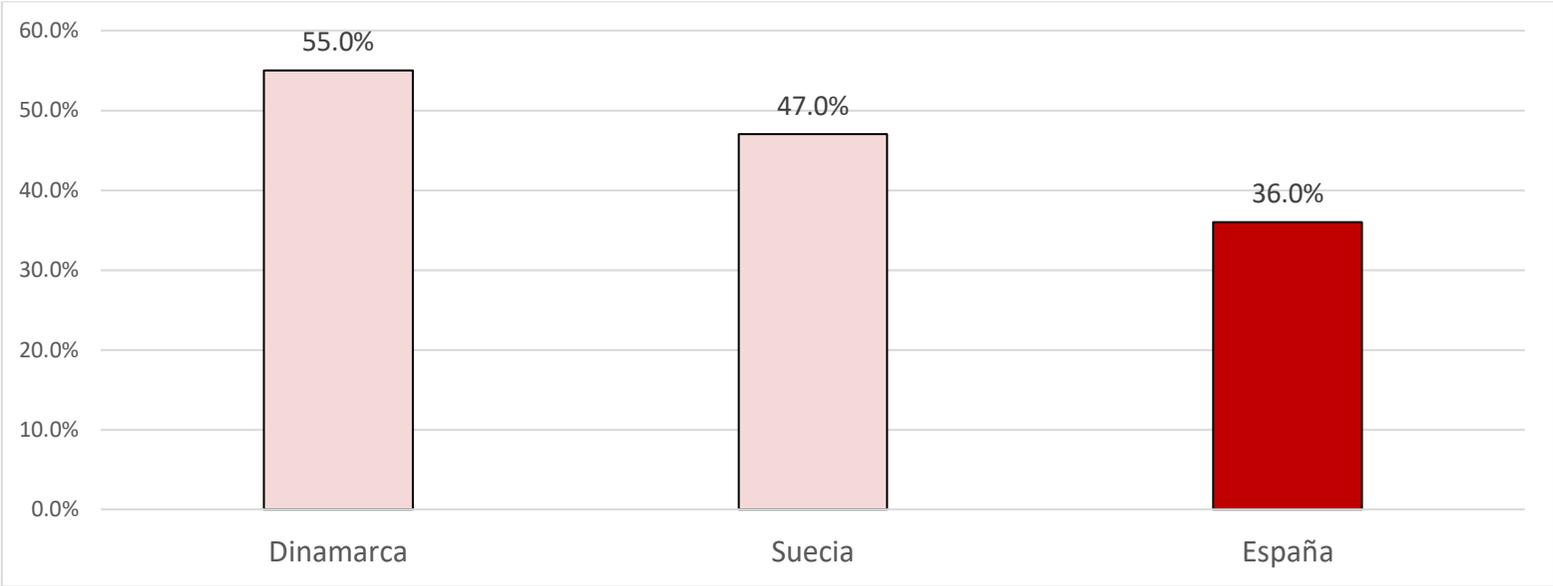
Cuadro 6. Gasto público en vivienda (2018)



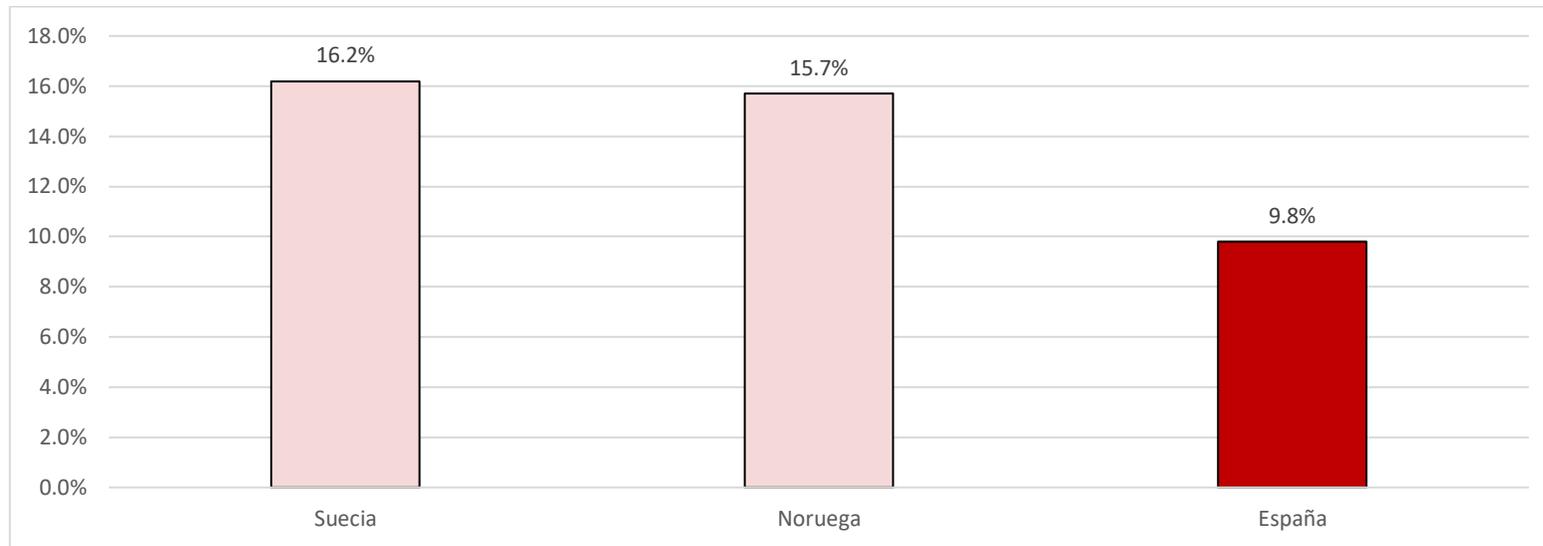
Cuadro 7. Gasto público en cuidados de larga duración (2017)



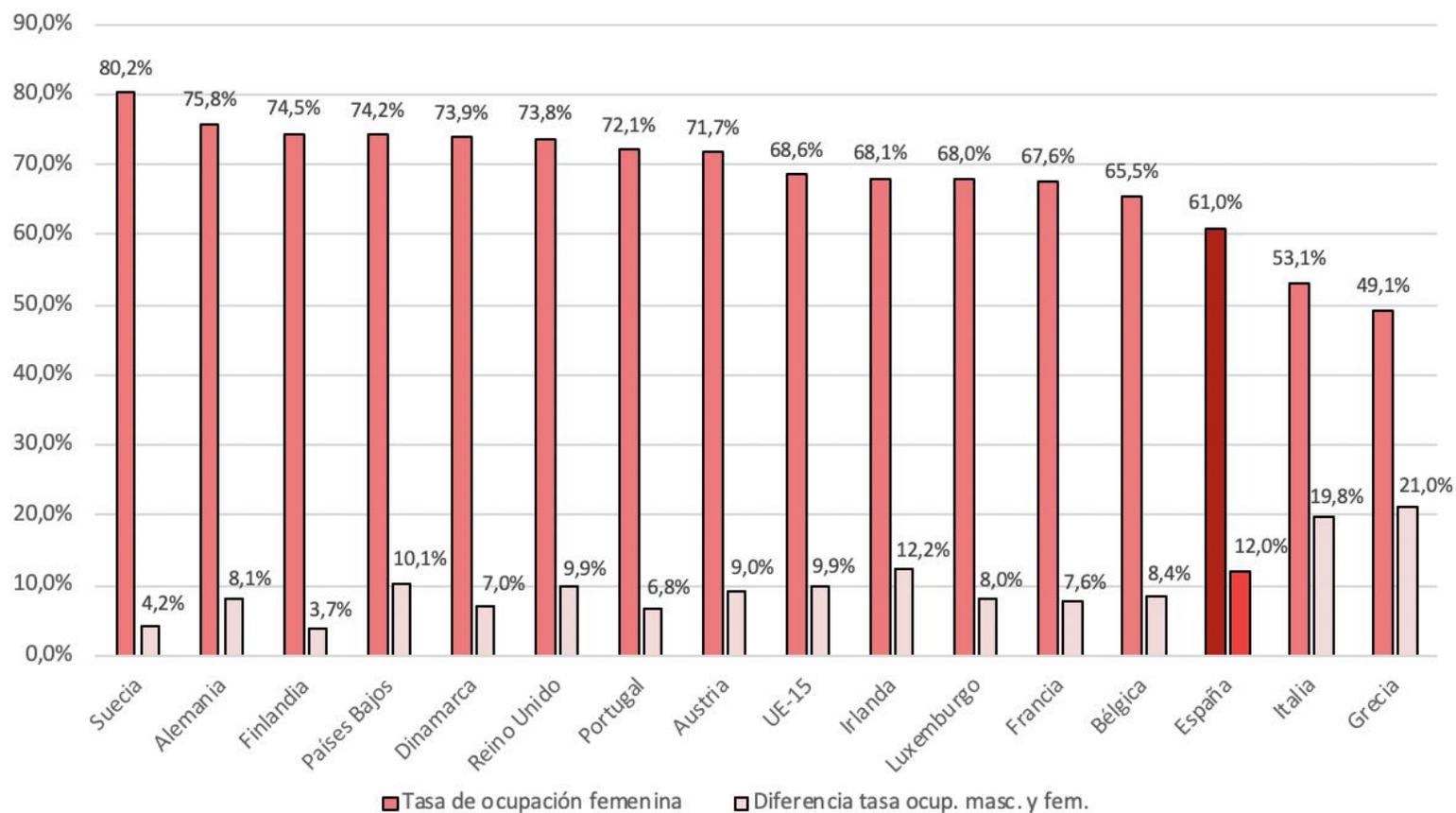
Cuadro 8. Tasa de escolarización de niños y niñas de 0 a 3 años en centros educativos y de cuidados públicos y privados (OCDE, 2017)



Cuadro 9. Tasa de cobertura de cuidados de larga duración (CLD). Mayores de 64 años (OCDE, 2017)

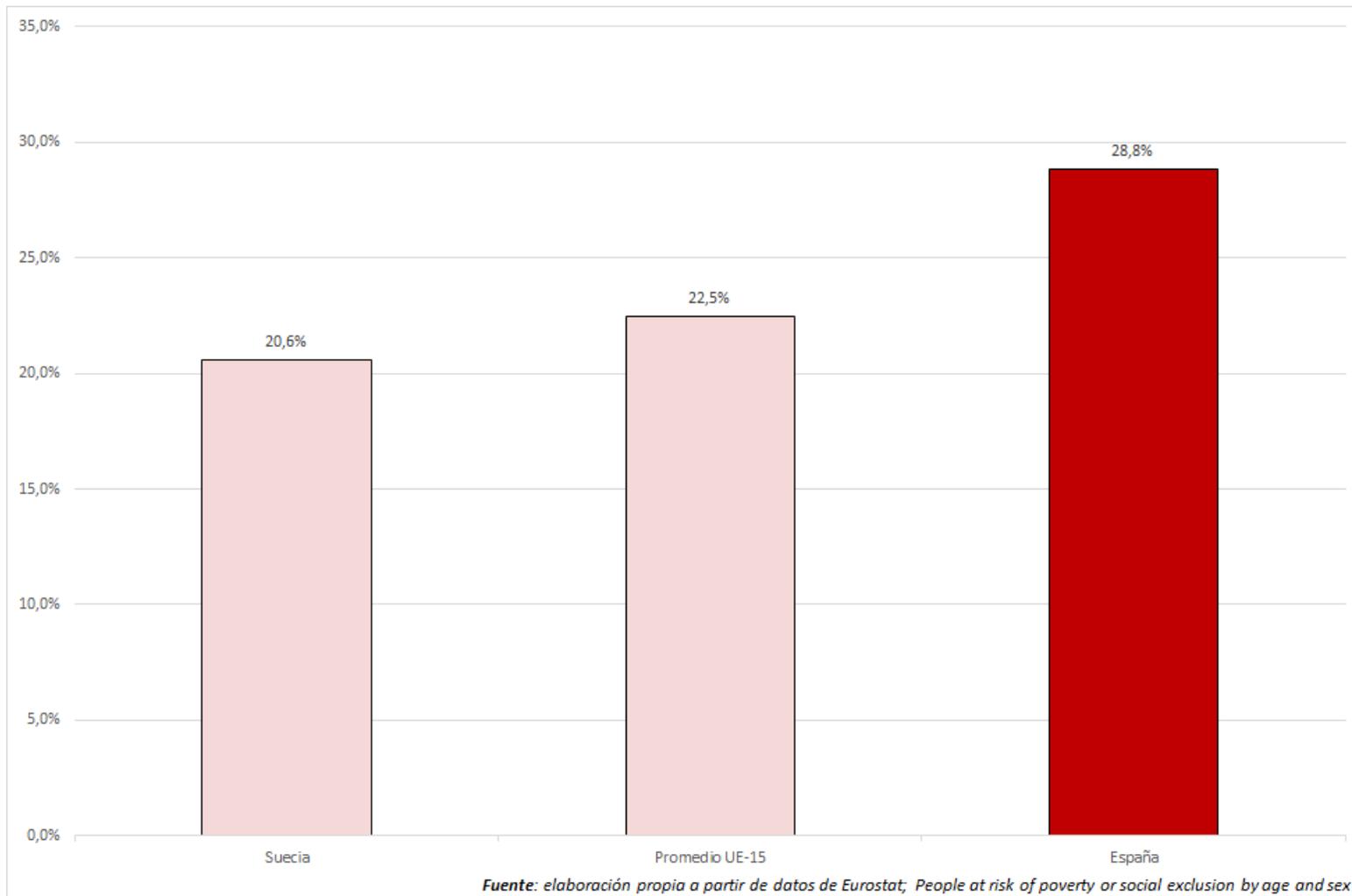


Cuadro 10. Tasa de ocupación femenina y diferencia entre la tasa de ocupación masculina y femenina (2018)



Fuente: Eurostat database. Labour Force Survey (LFS). Employment rate by sex, age group 20-64.

Cuadro 11. Personas <16 años en riesgo de pobreza o exclusión social (2018)



Cuadro 12. Media de horas semanales habituales de trabajo en la ocupación principal (2018)

